

La contraception du post-partum : les stratégies d'information, le point de vue des femmes

Justine Danneels

▶ **To cite this version:**

Justine Danneels. La contraception du post-partum : les stratégies d'information, le point de vue des femmes. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01002540

HAL Id: dumas-01002540

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01002540

Submitted on 6 Jun 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT–QUENTIN–EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

JustineDANNEELS

En vue de l'obtention du**Diplôme d'Etat de sage-femme**

La contraception du post-partum :

Les stratégies d'information, le point de vue des femmes.

Soutenu le : 9 Avril 2014

JURY

SophiePrudhomme, Sage-femme enseignante,Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines (Directeur de mémoire)

Numéro national d'étudiant :2404043732N

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Remerciements

En préambule à ce mémoire, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué de près ou de loin à son élaboration.

Je tiens à remercier tout d'abord Madame Prudhomme, qui, en tant que Directrice, s'est toujours montrée à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce mémoire, pour les précieux conseils, l'aide et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer durant toute la période du travail.

Mes remerciements s'adressent également aux cinq sages-femmes libérales qui ont accepté de distribuer mes questionnaires.

Je n'oublie pas mes parents pour leur contribution, leur soutien et leur patience. Enfin, il serait injuste de ne pas souligner la collaboration informelle de Jeanne Guérin, qui a toujours eu la patience de m'entendre et de me redonner confiance et de toute ma famille qui a compris l'importance de ce travail et m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la réalisation de ce mémoire.

Merci à tous et à toutes.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Table des matières

AVERTISSEMENT II

REMERCIEMENTS III

TABLE DES MATIERES IV

LISTE DES FIGURES VII

LISTE DES ANNEXES IX

TITRE ET RESUME X

TITLE AND ABSTRACT XI

1 PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION 1

1.1 Historique 1

1.2 Epidémiologie 3

1.2.1 L'évolution du paysage contraceptif français 3

1.2.2 Le modèle contraceptif français 3

1.2.3 Une norme contraceptive fixée 4

1.2.4 Une forte intervention médicale 4

1.2.5 Le paradoxe contraceptif français 5

1.2.6 Pourquoi cette inadéquation des méthodes et des pratiques ? 6

1.3 La période du post-partum : une période à risque 7

1.3.1 Fragilité du post-partum 7

1.3.2 Le retour à la sexualité dans le post-partum 7

1.3.3 Quel risque de grossesse après l'accouchement ? 8

1.3.4 Quelle contraception après un accouchement ? 9

1.3.5 Quel choix de contraception après un accouchement ? 11

1.3.6 Quelle information sur la contraception du post-partum ? 12

2 SECONDE PARTIE : L'ETUDE 14

2.1 Matériels et méthodes 14

2.1.1 Cadre de l'étude 14

2.1.2 Type d'étude 14

2.1.3 Objectifs de l'étude 15

2.1.4 Modalités de recueil et analyse statistique 15

2.2 Résultats 15

2.2.1 Description de la population 15

2.2.2 Antécédents gynécologiques et obstétricaux 17

2.2.3 Connaissance sur la contraception du post-partum 20

2.2.4 L'information sur la contraception du post-partum 21

2.2.5 La contraception du post-partum 35

2.2.6 La consultation post-natale 38

3 TROISIEME PARTIE : DISCUSSION 41

3.1 Population de l'étude 41

3.1.1 Analyse de la population 41

3.1.2 Limites de l'étude 41

3.1.3 Points forts de l'étude 42

3.2 Le moment de l'information 42

3.2.1 Le moment où les femmes sont le plus souvent informées 42

3.2.2 L'information en anté-natal 43

3.2.3 L'information en post-natal 44

3.2.4 Le moment le plus adapté 45

3.3 Les informations données sur la contraception du post-partum 47

3.3.1 Evaluation du niveau de connaissances des femmes 47

3.3.2 Les méthodes expliquées aux femmes 49

3.3.3 Observance de la contraception du post-partum 50

3.4 Les moyens utilisés pour délivrer l'information du post-partum 52

3.4.1 Les professionnels délivrant l'information 52

3.4.2 Pratique en matière de contraception du post-partum 53
3.4.3 Le mode de transmission de l'information 54
3.4.4 Intérêt et utilité de l'information sur la contraception du post-partum 55

CONCLUSION 56

BIBLIOGRAPHIE 57

ANNEXES 60

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Liste des figures

Figure 1 : La moyenne d'âge de la population. 15
Figure 2 : Les différentes catégories socio-professionnelles. 16
Figure 3 : La nationalité des femmes de l'étude. 16
Figure 4: Leur situation familiale. 17
Figure 5 : Le nombre d'enfants. 17
Figure 6: Lieu d'accouchement. 18
Figure 7:Le temps d'hospitalisation en maternité. 18
Figure 8: Le mode d'allaitement choisi. 19
Figure 9: Quel suivi gynécologique ? 19
Figure 10: Quels risques de grossesse après un accouchement ? 20
Figure 11: Les méthodes contraceptives utilisées après un accouchement. 20
Figure 12: Moment de l'information sur la contraception du post-partum. 21
Figure 13: Moyenne du nombre de faute en fonction du moment de l'information. 22
Figure 14: Combien de temps a été consacré à l'information ? 23
Figure 15: Combien te temps a été consacré en fonction du moment de l'information. 23
Figure 16: Le moment était-il adapté ? 24
Figure 17: L'adaptation en fonction du moment de l'information. 25
Figure 18: Auriez-vous préféré avoir cette information à un autre moment ? 26
Figure 19: A quel autre moment les femmes auraient souhaité être informées ? 26
Figure 20: Qui a délivré cette information ? 27
Figure 21: Par quel moyen vous a-t-on informé ? 28
Figure 22: Quelles méthodes contraceptives ont été expliquées ? 29
Figure 23: Satisfaction de l'information reçue. 30
Figure 24: La satisfaction en fonction du moment de l'information. 31
Figure 25: La satisfaction en fonction du temps consacré à l'information. 31
Figure 26: Utilité de l'information. 32
Figure 27: Mémorisation des informations. 33
Figure 28: Mémorisation en fonction du moment d'information. 33

Figure 29: Mémorisation en fonction du temps dédié à l'information. 34
Figure 30: Quelle contraception du post-partum ? 35
Figure 31: Pourquoi aucune contraception n'a été prescrite ? 36
Figure 32: Observance de la contraception prescrite à la sortie de la maternité. 36
Figure 33: Pourquoi la contraception prescrite à la sortie n'a pas été suivie ? 37
Figure 34: La consultation post-natale. 38
Figure 35: Quelle contraception après la visite post-natale ? 38
Figure 36: Quelle contraception après la visite post-natale chez les femmes ayant eu une ordonnance à la sortie ? 39
Figure 37: Quelle contraception après la visite post-natale chez les femmes sans ordonnance à la sortie ? 40

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire 60

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Titre et résumé

Objectifs : En France, 5,5% des interruptions volontaires de grossesse ont lieu dans les six mois qui suivent l'accouchement. Ce constat renouvelé de la persistance de grossesse non prévues dans le post-partum fait poser la question des stratégies mises en place pour informer la femme sur cette contraception. Cette information est indispensable pour permettre aux jeunes mères de choisir la méthode contraceptive la plus adaptée à leur nouvelle situation. En effet, comme le rappelle régulièrement E Aubeny « *la meilleure contraception n'est pas la plus efficace théoriquement, mais celle que la femme a vraiment choisi* ». L'objectif de cette étude est d'évaluer cette information par l'intermédiaire du point de vue des femmes.

Matériel et méthodes : Cent quatre jeunes mères ont été interrogées de septembre à décembre 2013. Durant leur séance de rééducation périnéale par la sage-femme libérale, elles ont rempli un questionnaire concernant l'information qui leur a été délivrée sur la contraception du post-partum.

Résultats : Dans notre étude, presque un tiers des accouchées (28,7%) n'est pas satisfaite de l'information reçue et 56,7% d'entre elles ont trouvé le moment où cette information leur a été expliquée inadapté. Les femmes qui ont été satisfaites ont quant à elles trouvé le moment adapté à plus de 95%. Aucune des femmes de l'étude ne connaissait toutes les méthodes possibles après un accouchement. Et parmi les femmes ayant eu une ordonnance à la sortie de la maternité, 30,8% ne l'ont pas suivie et 69,4% en ont changé lors de la visite post-natale.
L'information sur la contraception du post-partum bien que nécessaire n'est pas optimale. Il apparaît donc primordial de trouver comment et par quels moyens mieux aborder la question de la contraception auprès des femmes enceintes ou venant d'accoucher. Pour cela, il est nécessaire d'aménager des temps à des moments opportuns et ainsi permettre à la femme d'élaborer son choix dans un but de planification d'une future grossesse désirée.

Mots-clés : Contraception ; Post-partum ; Femme ; Information ; Choix ; Méthode ; Grossesse.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Title and Abstract

Objective: In France, 5,5 % of the voluntary terminations of pregnancy take place in the six months that follow the childbirth. This renewed report of the persistence of unplanned pregnancy in the post-partum raises the question of the strategies which are being organised to inform women about this contraception. This information is essential to allow the young mothers to choose the contraceptive method the most adapted to their new situation. Indeed, as reminds regularly E Aubeny, "the best contraception is not the most effective in theory, but the one that the woman really chose". The objective of this study is to estimate this information through the women's point of view.

Methods: A hundred and four young mothers were questioned from September until December 2013. During their session of perineal rehabilitation by a liberal midwife, they filled a questionnaire concerning the information delivered to them on the contraception of the post-partum.

Results and conclusion: In our study, almost a third of women who gave birth (28,7 %) are not satisfied by the information they received. 56,7 % of them found the moment in which this information was explained to them inappropriate. As for the women who were satisfied, they found the moment appropriate to more than 95 %. None of the women of the study knew all the possible methods after childbirth. And among the women who had a prescription at the release from the maternity, 30,8 % did not follow it and 69,4 % changed it during the postnatal visit.
Information about the contraception of the post-partum, although paramount, is not optimal. It seems thus essential to find how and by which means we can have a better approach to the question of contraception with pregnant or just-giving birth women. For that purpose, it is necessary to fit out times at convenient moments and thus to allow the woman to develop her choice in the purpose of planning of a future wished pregnancy.

Keywords : contraception; post-partum; woman; information; choice; method; pregnancy

1 Première partie : Introduction

À l'heure actuelle, de nombreuses méthodes contraceptives sont disponibles et permettent d'adapter la contraception à la pratique réelle des femmes. La contraception revêt ainsi une place importante dans la vie d'une femme et il apparaît primordial à ses yeux que celle-ci soit autant fiable que pratique. Cependant la réalité est autre et cela nous est apparu tout particulièrement après un accouchement. Or les jeunes mères attendent de la contraception du post-partum qu'elle soit adaptée à leur nouveau mode de vie, à leur sexualité et à leur statut. Nous nous sommes alors demandés quelles sont les stratégies mises en place pour informer la femme sur la contraception du post-partum. Pour répondre à cette problématique, nous avons mené une enquête auprès de jeunes accouchées. Le travail écrit est le fruit de cette recherche. Dans une première partie, nous verrons tout d'abord la mise en place du modèle contraceptif français, son évolution, ainsi que les difficultés rencontrées dans l'adéquation des méthodes et des pratiques et ce d'autant spécifiquement après un accouchement. La seconde partie exposera les résultats obtenus qui seront discutés dans la dernière partie.

1.1 Historique

« *Un enfant si je veux quand je veux* », tel est le slogan des féministes dans les années 1970. À l'heure actuelle, cela peut paraître évident, pourtant la libéralisation de la contraception ne s'est pas instituée sans de nombreux tumultes. Si les enfants naissent depuis toujours, cela ne fait pas un demi-siècle que le contrôle des naissances a été légitimé. En effet en 1920, l'Assemblée nationale vote une loi interdisant la contraception qui est alors assimilée à l'avortement. Toute propagande anti-conceptionnelle est sanctionnée et les médecins ont l'interdiction de donner le moindre conseil aux femmes à ce sujet. Dans la continuité, le Maréchal Pétain déclare sous son gouvernement, l'avortement comme un crime contre l'État, jugé en correctionnelle et puni par la peine capitale. Les femmes y ayant recours risquent aussi la prison. Ces avortements clandestins étant réalisés dans des conditions non hygiéniques, les femmes s'exposent également à des risques de stérilité, d'infirmité voire de mort. C'est à cette période qu'apparaît le terme de « faiseuse d'anges » désignant les femmes pratiquant ces avortements clandestins. À ce titre Marie-Louise Giraud fut guillotinée en 1943

sous l'occupation nazie, pour avoir accepté d'aider une voisine à se sortir d'une grossesse non désirée. Dans ce contexte, les femmes sont renvoyées à des méthodes archaïques, leurs seules alternatives étant l'abstinence, la méthode Ogino, le contrôle des températures, le coït interrompu, et en cas d'échec, l'avortement clandestin[1].

Ce n'est qu'en 1956 que Dr Gregory Pincus créé la première pilule (combinaison de progestérone et d'œstrogène bloquant l'ovulation) lors de ses travaux de recherche sur les hormones sexuelles. Cette découverte a été possible grâce à ce chercheur, mais également à Katherine McCormick et Margaret Sanger, infirmière New-yorkaise fondatrice du planning familial. C'est en Allemagne que la pilule fut commercialisée pour la première fois en 1956, avant même les Etats-Unis, en 1960.

En France, il faudra attendre le 28 décembre 1967 pour que Lucien Neuwirth voit sa proposition de loi sur la contraception adoptée, après de violents débats. La contraception est donc autorisée, mais la publicité reste encore interdite. Ce n'est qu'en 1972 que la loi sera véritablement appliquée grâce au décret qui réglemente la fabrication et la prescription des contraceptifs[2].

C'est l'ouverture d'une ère nouvelle, celle de la liberté de choisir de devenir mère ou non. La femme peut maintenant séparer plaisir et conception et l'accès à une contraception efficace constitue une véritable révolution mettant fin aux angoisses mensuelles. Cependant l'évolution des mentalités ne se fera pas sans difficultés[3].

De même, l'année 1975 voit apparaître l'autorisation de l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G) dans un délai limité à douze semaines d'aménorrhée et réglementé par la loi Veil. Le texte est voté pour un délai de cinq ans et sera reconduit définitivement en 1979. Grâce à Simone Veil et à cette loi, les contraceptifs sont remboursés par la sécurité sociale. Puis dans les années 1990, l'I.V.G médicamenteuse est autorisée à l'hôpital. Enfin, en 1999, la pilule du lendemain est en vente libre dans les pharmacies, et gratuite pour les mineures[1]. Toutes ces étapes ont conduit progressivement à une évolution des mœurs. La non conception est désormais une normalité pour le couple qui peut décider, prévoir et planifier la fécondation.

1.2 Epidémiologie

1.2.1 L'évolution du paysage contraceptif français

Depuis la législation de la loi contraceptive en 1967, un processus de médicalisation de la contraception a été entamé et n'a pas cessé de se prolonger depuis. En effet, après cette loi autorisant la création des pilules normodosées de première intention, une profonde modification de l'offre de produits a été observée. En 1974, apparaissent les pilules de 2ème génération comportant une dose plus faible d'œstrogène. Et en 1982, c'est au tour des pilules de 3ème génération composées d'un nouveau progestatif de voir le jour[4]. Dans la continuité, la loi Aubry du 4 juillet 2001 facilite l'accès à la contraception et légalise la stérilisation à visée contraceptive. Nous observons également un essor de nouvelles méthodes hormonales avec l'implant, le patch ou encore l'anneau et un accès à la contraception d'urgence sans ordonnance [5]. Toutes ces évolutions ont modifié le paysage contraceptif français avec la diffusion massive des méthodes dites médicales.

1.2.2 Le modèle contraceptif français

En France, d'après le baromètre santé 2010, 90,2% des femmes sexuellement actives ne désirant pas d'enfants utilisent une méthode de contraception ; 2,1% en utilisent une de manière irrégulière et 7,7% n'utilisent aucune méthode[6]. Nous observons ainsi une très forte couverture contraceptive qui place les Françaises au premier rang mondial pour l'utilisation des méthodes médicales de contraception. Une autre spécificité du modèle français réside dans la place prédominante qu'occupe la contraception orale, qui n'a pas d'équivalent à l'étranger [7]. En effet, la pilule est le contraceptif le plus utilisé par les femmes avec 55,5% des femmes déclarant « *faire quelque chose pour éviter une grossesse* » et 70,8% chez les moins de 35 ans [6]. Si son utilisation n'avait cessé d'augmenter depuis 1967, elle commence légèrement à diminuer depuis les années 2000. Cette baisse est compensée par les nouvelles méthodes diffusées au cours de la dernière décennie. En effet, ces méthodes sont utilisées par 4% des femmes en 2010 dont 2,6% utilisent l'implant, ce qui le place en première position devant l'anneau vaginal (1%) et le patch contraceptif (0,4%). Le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU) quant à lui est situé en deuxième position avec 26% d'utilisatrices, mais son recours, stabilisé en 1988, diminue légèrement depuis. Nous retrouvons ensuite le préservatif

qui concerne 10,3% des femmes et dont l'utilisation est en constante progression. Loin derrière, se placent les méthodes locales avec 0,1% et les méthodes naturelles avec 1,2%, en baisse depuis les années 1970. Enfin la stérilisation contraceptive ne concerne toujours qu'une part très faible de femmes soit 2,2%[5]. Ainsi, il ne reste qu'une petite minorité de femmes qui n'utilisent pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes. Tout cela reflète une diffusion et une utilisation massive des méthodes de contraception médicales qui caractérisent le modèle français.

1.2.3 Une norme contraceptive fixée

Le parcours contraceptif français est assez stéréotypé et caractérisé par l'existence d'une norme contraceptive qui prévaut.

Ce modèle peu flexible est défini par :

- Le préservatif, seul ou en association avec la pilule en début de vie sexuelle
- La pilule seule dès que la vie sexuelle se régularise et que la jeune femme s'installe dans une relation de couple stable
- Le DIU lorsque la femme est déjà mère et que le couple ne désire plus d'enfants

L'utilisation des différentes méthodes contraceptives varie en fonction des tranches d'âge. En effet, la méthode la plus utilisée chez les jeunes est le préservatif puisque 18,3% des 15-19 ans l'utilisent. Il est utilisé par près de 90% lors du premier rapport sexuel et est décrit aujourd'hui comme faisant partie des codes d'entrée dans la sexualité. Il s'adapte bien aux conditions d'exercice de la sexualité en début de vie affective de part son accès facile, son usage ponctuel et sa finalité à la fois préventive et contre-reproductive. Passés les premiers rapports, la pilule devient la méthode la plus utilisée avec 83,4% des 20-24 ans et 63,4% des 25-34 ans. C'est la méthode de référence mais également la méthode la plus connue et la plus spontanément demandée avec le préservatif. Enfin, malgré les recommandations ne destinant plus le dispositif intra-utérin uniquement aux multipares, ce sont les femmes de plus de 35 ans ayant déjà des enfants qui l'utilisent majoritairement. Il est retrouvé en plus grande partie chez les 35-44 ans et 45-49 ans avec respectivement 36% et 43,2% [6][7].

1.2.4 Une forte intervention médicale

Le modèle contraceptif français suppose une forte intervention médicale, dans laquelle les professionnels de santé jouent un rôle prépondérant. En 1999, les généralistes prenaient en

charge 37,9% de la contraception féminine, contre 61,4% pour les gynécologues et 0,7% pour les autres professionnels. Le traitement contraceptif étant généralement initié par les gynécologues, le généraliste se voit souvent confié le suivi ultérieur. Ce constat pose la question de l'accès effectif à la contraception avec les difficultés démographiques rencontrées pour les gynécologues, avec pour conséquence des délais d'attente pouvant aller jusqu'à deux voire trois mois. Pour répondre à cette difficulté, les sages-femmes ont acquis une compétence générale en matière de contraception par la loi du 21 juillet 2009 (loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST). Désormais elles peuvent assurer l'initiation de toutes les méthodes contraceptives ainsi que sa surveillance et son suivi biologique. Cependant, l'évolution se fait progressivement et nécessite un changement d'habitudes déjà bien ancrées dans les mœurs. De même, la féminisation des médecins généralistes concoure à une augmentation notoire de leur activité gynécologique[7].

1.2.5 Le paradoxe contraceptif français

Malgré une diffusion massive des méthodes médicalisées de contraception ayant une efficacité élevée et une couverture contraceptive importante, nous observons une relative stabilité du recours à l'IVG. Ainsi les échecs de contraception restent fréquents avec un taux de grossesses non désirées élevé qui représente une grossesse sur trois et, dans 60% des cas, ces dernières donnent lieu à une interruption de grossesse. De même, deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes déclarant utiliser une contraception, qui dans plus de la moitié des cas est une contraception médicalisée. Ce constat reflète la différence entre l'efficacité théorique et pratique[7]. La problématique n'est donc pas tant celle de la disponibilité des méthodes contraceptives que celle des difficultés rencontrées dans la gestion quotidienne de leurs pratiques [8]. Ces difficultés se traduisent par des écarts fréquents d'observance ainsi que par des arrêts ou changement de contraceptifs. Ainsi la moitié des femmes ayant recours à l'IVG a changé de contraception dans les six mois précédant l'échec. De même l'efficacité contraceptive dépend de son observance en lien étroit avec l'adhésion des utilisatrices et à son adaptation à leur mode de vie et à leurs besoins. Ceci est d'autant plus significatif que la méthode exige des conditions d'observance rigoureuses. Ainsi la pilule qui est l'une des méthodes les plus efficaces (99,9%) ne l'est plus en pratique courante (92%)[7]. Cependant ce moyen de contraception demeure le plus prescrit et utilisé en France. Or il n'est

pas forcément le plus adapté quand la femme a une sexualité irrégulière ou quand son mode de vie est peu compatible avec la vigilance qu'implique une prise quotidienne. De plus, les attentes et les besoins des femmes et des couples se sont diversifiés avec l'allongement de la vie sexuelle. La vie sociale et affective des femmes n'est pas linéaire et contraste avec la rigidité d'une norme contraceptive fondée sur la prédominance de la pilule[6].

1.2.6 Pourquoi cette inadéquation des méthodes et des pratiques ?

Cette inadéquation entre l'efficacité des méthodes en théorie et en pratique s'expliquerait par plusieurs facteurs. Tout d'abord, la difficulté pour les femmes à s'approprier et à gérer leur contraception au quotidien — notamment avec la pilule, qui peut être vécue comme une méthode contraignante, d'où la nécessité de promouvoir d'autres méthodes et de diversifier la couverture contraceptive[7]. Nous remarquons également la persistance de certaines fausses croyances et représentations sur les différentes méthodes de contraception ainsi qu'un manque d'informations pourtant nécessaires au choix éclairé de la femme. Par exemple 54% des femmes pensent que le DIU n'est pas indiqué si on n'a pas eu d'enfants et seules 1,3% des femmes de 15-49 ans sans enfant l'utilisent [5]. De même, nous constatons une connaissance assez faible des méthodes de rattrapage en cas d'échec de la contraception, alors que la contraception d'urgence fait partie intégrante des stratégies contraceptives [9]. D'après le baromètre santé 2010, seules 36% des gynécologues et 11% des généralistes indiquent avoir souvent recommandé cette méthode. Le DIU est particulièrement peu souvent identifié comme une méthode de rattrapage. Nous retrouvons aussi ce manque d'informations avec les nouvelles méthodes hormonales. Ces dernières restent encore peu utilisées malgré une longue durée d'action et une efficacité élevée. Cependant le recours à ces méthodes augmente depuis quelques années. Enfin, une ambivalence face au désir de grossesse expliquerait ce paradoxe [8].

Il est donc nécessaire de favoriser l'accès aux informations pour obtenir une meilleure connaissance de la diversité des moyens contraceptifs et du corps de la femme. Ces conditions sont essentielles pour un choix plus éclairé et donc un meilleur usage de la contraception. Si cela est déjà difficile en situation normale, ce l'est d'autant plus dans des situations particulières comme le post-partum. Ainsi il apparaît pertinent d'accentuer l'information à ce

moment. Tout cela concoure à trouver la méthode la mieux adaptée à leur situation affective, sexuelle, sociale comme à leur physiologie.

1.3 La période du post-partum : une période à risque

1.3.1 Fragilité du post-partum

Le post-partum est marqué par de nombreux bouleversements aussi bien anatomiques que physiologiques, métaboliques, hormonaux ou psychologiques. La femme est surinvestie d'éléments affectifs avec la venue du bébé qui va changer son statut de femme pour celui de mère et s'accompagne donc de nouvelles responsabilités. Mais il faut également y ajouter des aspects médicaux concernant les lochies, la cicatrisation, le retour des couches ou encore le suivi pédiatrique à mettre en place. Tous ces éléments sont à prendre en compte dans le futur choix contraceptif des femmes et font de cette époque de particulière fragilité, une période à risque de grossesse non désirée[7].

1.3.2 Le retour à la sexualité dans le post-partum

Après l'accouchement, la femme va redécouvrir son corps modifié par la grossesse et la naissance. Elle va devoir se le réapproprier après neuf mois de partage ; c'est l'adulescence, où la femme réapprend à connaître un corps qu'elle ne reconnaissait plus. De même l'équilibre du couple est bouleversé par la venue de l'enfant : l'homme qui auparavant avait la pleine attention de la femme va devoir la partager. Il peut en naître une jalousie face à la relation proche entre la mère et le bébé, d'autant plus avec la proximité que peut créer l'allaitement maternel[10]. Il est donc nécessaire d'intégrer le père dans cette relation afin d'éviter d'éventuels conflits relationnels. Le couple doit se reformer autour de l'enfant mais aussi se retrouver en tant que tel. Pour cela la reprise des rapports sexuels lui permet de se reconstruire et de récupérer une intimité.

Néanmoins, la période du post-partum constitue un moment de changements majeurs dans la vie sexuelle d'un couple, et le retour à une sexualité épanouissante nécessite un temps d'adaptation variable pour la majorité d'entre eux. En effet, les modifications vaginales et périnéales sont responsables de sécheresse vaginale et de dyspareunies. Selon une étude

anglaise, les douleurs lors des rapports sexuels sont les principales plaintes des femmes durant le post-partum [11]. Il peut s'agir de dyspareunie, de vaginisme ou d'autres types de douleurs. Ainsi les douleurs périnéales sont retrouvées chez 42% des femmes juste après l'accouchement. Elles se réduisent à 22% dès huit semaines et 10% à douze semaines du post-partum. Ces douleurs sont plus fréquentes et peuvent persister sur une plus longue période lorsqu'il y eu recours à des manoeuvres instrumentales ou à une épisiotomie [11].

Une chute du désir ainsi qu'un désintérêt pour la sexualité chez les jeunes accouchées est également retrouvée et ce, d'autant plus fréquemment lors de l'allaitement maternel ; l'hypoestrogénie induite par l'hyperprolactinémie de la lactation en serait une des nombreuses raisons [12]. Cette perte du désir n'est retrouvée que chez 9% des femmes dans l'année précédant la grossesse contre 53% trois mois après l'accouchement et 37% à six mois de la naissance [11]. En général des problèmes lors des rapports sexuels sont rapportés par près de 50% des couples au cours des huit premières semaines. Mais malgré cela, 50% des couples ont repris les rapports six semaines après l'accouchement, et seuls 15% des couples n'ont pas repris leur vie sexuelle après six mois [13]. En Angleterre, un tiers des femmes a repris les rapports dans les six semaines et presque toutes dans les trois mois qui suivent l'accouchement. Il en va de même en Écosse avec 71% lors des huit premières semaines dont la plupart déjà à cinq semaines [14]. En moyenne, la reprise des rapports sexuels semble survenir dans les cinq semaines suivant l'accouchement et environ 60% des couples ont au moins eu un rapport sexuel un mois après [12].

1.3.3 Quel risque de grossesse après l'accouchement ?

Le post-partum débute deux heures après la délivrance. Cette période qui dure en moyenne six semaines va se terminer avec le retour de couches. Cependant, une ovulation, et donc une éventuelle fécondation peuvent survenir avant la fin de cette période [12]. En effet, de façon générale, le retour de la fertilité a lieu entre quatre et six semaines après l'accouchement et au plus tôt environ vingt-cinq jours après la naissance chez une femme qui n'allaite pas. La première ovulation survient toujours avant la fin de l'aménorrhée soit environ quatorze jours avant les premières menstruations. L'allaitement peut la retarder jusqu'à six mois car le pic de prolactine provoqué par la succion mammelonnaire lors de chaque tétée

ralentit la fréquence des pulses de GnRH [15]. Il en résulte une anovulation par mise au repos des fonctions ovariennes endocrines et exocrines. Pour un blocage efficace de la fonction ovarienne, il a été démontré qu'une fréquence de six tétées par vingt-quatre heures réparties sur le nycthémère était nécessaire. C'est sur ces données physiopathologiques que se basent les recommandations de l'OMS pour la méthode de l'allaitement maternel avec aménorrhée (MAMA). Cependant malgré des données théoriques plutôt rassurantes, 2% des femmes utilisant correctement cette méthode seraient à nouveau enceintes six mois après l'accouchement [12]. C'est pourquoi il est recommandé de ne pas utiliser cette méthode au-delà. Ainsi sachant qu'une ovulation peut se produire dans les trois semaines du post-partum, l'éventuelle survenue d'une grossesse est à prendre en compte. Nous comprenons ainsi l'importance de reprendre une contraception. En effet, selon l'étude Cocon, 5,5% des IVG surviennent dans les six mois après un accouchement, ce qui correspond à 11 000 femmes chaque année[16].Dans une autre enquête sur la contraception du post-partum, deux femmes sur les 104 interrogées ont eu recours à l'IVG en raison d'une grossesse non désirée. Ces deux femmes utilisaient un moyen de contraception et plus spécifiquement une pilule œstro-progestative qui leur arrivait d'oublier régulièrement. Durant l'année suivant l'accouchement, 53% des femmes affirment avoir régulièrement oublié d'utiliser leur méthode contraceptive. Deux tiers des femmes « oublieuses » durant le post-partum l'étaient déjà avant la grossesse et un tiers l'est devenu. Or ces oublis correspondent à un risque accru de grossesses non désirées et d'IVG : 7% des femmes avaient ainsi débuté leur grossesse sous œstro-progestatif dans cette étude[17].

1.3.4 Quelle contraception après un accouchement ?

Plusieurs éléments sont à prendre en compte lors d'une reprise de contraception après un accouchement. En effet, de nombreuses modifications physiologiques contre-indiquent certaines méthodes. La prescription dépend du type d'allaitement, de l'augmentation du risque thromboembolique dans les semaines du post-partum, de la récupération périnéale, de l'involution utérine ainsi que des éventuelles modifications du profil de saignement.

Dans les six premières semaines du post-partum, soit jusqu'à la consultation post-natale, plusieurs méthodes sont possibles, et quelques-unes contre-indiquées. Tout d'abord, la méthode MAMA de l'allaitement maternel peut-être utilisée lors d'un allaitement maternel

exclusif avec au moins six tétées par jour dans un délai de six mois et en l'absence de règles depuis l'accouchement. Le préservatif est de bonne indication lors de cette période de par son utilisation ponctuelle lors des rapports occasionnels. Cependant son efficacité contraceptive restant très inférieure aux méthodes hormonales, il pourra être utilisé en complément de la méthode MAMA afin de potentialiser son effet [12].De même les spermicides peuvent êtres associés afin d'augmenter l'efficacité contraceptive de la méthode MAMA et du préservatif [16].Par contre, en cas d'allaitement maternel seuls le chlorure de benzalkonuim ou le miristalkonium sont utilisables les autres passant dans le lait [12].Les pilules micro-progestatives qui peuvent êtres débutés entre J+3 et J+21 ont une place de choix, tant par leur efficacité que par leur innocuité métabolique [16].Il en va de même pour l'implant sous-cutané (Nexplanon®) également composé de progestérone avec une efficacité proche de 100% pendant trois ans [18].Ainsi, dans certains contextes psycho-sociaux, difficiles il est préférable de poser l'implant avant la sortie de maternité afin d'éviter de perdre de vue la patiente après son retour à domicile [12].

Après la consultation post-natale, soit quatre à six semaines après l'accouchement, la période à risque thrombo-embolique passée, l'involution utérine et la récupération périnéale effectuée, d'autres méthodes redeviennent possibles. Ainsi la pilule oestroprogestative peut être utilisée une fois la période à risque thromboembolique passée soit vingt-et-un jours lors d'un allaitement artificiel et après six semaines lors d'un allaitement maternel [19].Les œstro-progestatifs ont longtemps été accusés de diminuer la lactation et leur passage dans le lait maternel a également suscité beaucoup d'inquiétudes. Or une méta analyse réalisée par Truitt et al en 2003 montre que le passage dans le lait maternel est très faible (inférieur à 1%) et que son effet sur la lactation est négligeable [20].Les conséquences des œstro-progestatifs mini-dosés sur le nouveau-né allaité semblent alors quasi-inexistantes. Cependant, par mesure de précaution et en attendant plus d'études scientifiques, il est recommandé de respecter un délai de six semaines après l'accouchement avant d'initier une contraception œstro-progestative en cas d'allaitement maternel. Le patch contraceptif et l'anneau vaginal, bien que s'affranchissant du premier passage hépatique, sont utilisables dans les mêmes termes [12].De plus, l'utilisation de l'anneau vaginal doit respecter un délai de deux mois afin de s'assurer de la bonne récupération périnéale. De même, la mise en place d'un dispositif intra-utérin au cuivre ou au lévonorgestrel ne sera pas immédiate. Il faut attendre deux mois après un

accouchement voie basse et trois mois après une césarienne. Cependant, en théorie il est possible de le poser dans les quarante-huit heures suivant l'accouchement, ce qui n'est encore que très peu pratiqué en France [12].

Les méthodes naturelles quant à elles ne sont pas les plus adaptées, les modifications physiologiques du post-partum n'aidant pas leur bonne interprétation et renforçant le caractère aléatoire de leur relative efficacité. Il est éventuellement possible d'aborder la stérilisation à visée contraceptive pour les femmes ne désirant plus d'enfants ou porteuses d'une pathologie contre indiquant toute future grossesse. Enfin la contraception hormonale d'urgence (Norlevo® et EllaOne®) est utilisable dès que nécessaire, en prenant des précautions en cas d'allaitement maternel avec EllaOne®, et apparaît inutile dans les vingt-cinq premiers jours du post-partum. Pour finir, il est également important de prendre en considération certaines pathologies gravidiques ou du post-partum qui peuvent constituer des cas particuliers en terme de prescription contraceptive à cette période [16].

1.3.5 Quel choix de contraception après un accouchement ?

Après l'accouchement, la femme est sujette à de nombreux changements qui vont la conduire à réévaluer sa stratégie contraceptive. En effet, elle désire alors souvent changer de contraception, celle d'avant la grossesse ne lui convenant plus [21]. Dans une étude, 40% des femmes expriment leur souhait d'utiliser une autre méthode lors de la période du péri-partum[22]. Une autre étude sur le point de vue des femmes concernant la contraception du post-partum, montre que leurs souhaits en matière de contraception n'ont pas changé depuis dix ans. En effet, deux tiers des accouchées interrogées souhaitaient prendre la pilule et un quart envisageait la pose d'un DIU ; ces données témoignent d'une certaine sous-information. De plus, il est observé une divergence importante entre les moyens de contraception envisagés par les femmes et la contraception prescrite. En dehors de la contraception orale avec 86% de concordance, aucune des femmes prévoyant la pose d'un DIU n'en a eu la prescription et celle d'un implant n'a été satisfaite que dans un tiers des cas. Ainsi, un an après, 86% des femmes utilisaient un moyen de contraception différent de celui qui leur a été prescrit après l'accouchement [17].De même, dans une étude seuls deux tiers des femmes poursuivent la contraception prescrite à la maternité lors de la visite post-natale. Environ 30% des femmes ont donc préféré arrêter leur contraception. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les

femmes n'auraient pas été prévenues des effets secondaires et des contraintes de la méthode prescrite ou qu'elle n'était pas adaptée [21]. Parmi les femmes ayant changé de contraception après l'accouchement, environ un tiers l'a fait sur les conseils de leur médecin et un tiers par choix personnel [17].Nous comprenons alors pourquoi la plupart des femmes auraient déjà choisi leur contraception avant même d'avoir eu un avis médical : les principales sources d'information seraient les médias, la famille et les amies [13]. Ces dernières n'étant pas toujours fiables, la femme peut être conduite à faire un choix inapproprié. Les femmes ne trouvant pas leurs réponses auprès des professionnels de santé se tournent vers d'autres moyens d'information. Il est donc important de renforcer l'information réalisée par les prescripteurs et notamment dans les situations de fragilité comme le post-partum. En effet, peu de temps est consacré à la contraception durant la grossesse et le post-partum. Il est pourtant nécessaire de s'assurer que les femmes soient en possession de toutes les informations pour pouvoir décider de leur future contraception.

1.3.6 Quelle information sur la contraception du post-partum ?

L'information est importante car elle a pour intérêt non seulement de prévenir les grossesses non désirées et les IVG survenant au cours du post-partum, mais aussi d'éviter les grossesses rapprochées et les risques qu'elles comportent. Ceci pose la question du choix du moment de l'information et de l'exhaustivité des différentes méthodes contraceptives qui sont proposées au couple afin qu'il choisisse la plus adaptée. Idéalement, la question de la contraception du post-partum doit être abordée lors de la grossesse et si possible en couple, car la période entourant la grossesse et la naissance est une période pendant laquelle les femmes consultent régulièrement les professionnels de santé. C'est alors un moment propice à l'information sur les différentes méthodes contraceptives que le couple pourra choisir lors du post-partum — cette démarche est d'ailleurs recommandée par l'ANAES [23]. Ainsi plusieurs études ont mis en évidence l'insuffisance de la stratégie contraceptive lorsque celle-ci n'est pas évoquée avant le séjour en maternité [12]. Cet élément est particulièrement important pour les méthodes à longue durée d'action comme l'implant, le dispositif intra-utérin ou encore la stérilisation à visée contraceptive. Or, seules 4% des femmes ont eu l'information sur la contraception du post-partum en anténatal [13]. Lors du séjour en suite de couches, l'information est également essentielle. Enfin, cette dernière est rediscutée lors de la

consultation post-natale. Elle va permettre de réévaluer la stratégie contraceptive, de la modifier voire de présenter les différentes méthodes aux femmes qui n'auraient pas reçu ou n'auraient pas souhaité recevoir l'information lors de leur séjour en maternité. Les méthodes contraceptives sont actuellement nombreuses et diversifiées et leurs indications et contre-indications dans les post-partum sont de mieux en mieux connues. Ainsi, il existe toujours une stratégie contraceptive adaptée à chaque femme.

2 Seconde partie : L'étude

2.1 Matériels et méthodes

2.1.1 Cadre de l'étude

Malgré toutes les méthodes disponibles et les moyens permettant d'en informer la femme et le couple, nous constatons toujours une persistance des grossesses non désirées dans les mois qui suivent l'accouchement. Nous nous sommes alors demandé quelles sont les stratégies mises en place pour informer la femme sur la contraception du post-partum.

Pour répondre à cette problématique, nous avons émis plusieurs hypothèses :

- Hypothèse 1 : le moment de l'information — l'examen de sortie — n'est pas le plus propice car de nombreuses informations sont données en très peu de temps et les femmes préféreraient un temps dédié à la contraception à un autre moment.

- Hypothèse 2 : les explications sont orales, ce qui implique des difficultés de mémorisation et une perte d'information.

- Hypothèse 3 : toutes les méthodes possibles ne sont pas expliquées et l'information est généralisée et non adaptée à chaque patiente.

2.1.2 Type d'étude

Pour répondre aux hypothèses, un questionnaire a été élaboré (Annexe I). Celui-ci était destiné à des femmes ayant accouché depuis environ deux mois. Il a été distribué par cinq sages-femmes libérales exerçant en Seine et Marne. Elles pratiquaient toutes la rééducation périnéale et pouvaient ainsi proposer aux femmes de répondre au questionnaire. Une fois le sujet de l'étude, son objectif, le type de question posée et le caractère anonyme expliqués, les femmes étaient libres de refuser ou d'accepter de participer.

2.1.3 Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude descriptive sont d'évaluer l'information sur la contraception du post-partum, ainsi que les connaissances et les attentes des femmes à ce sujet. Elle permettra de connaître leur point de vue sur l'information qui leur a été délivrée.

2.1.4 Modalités de recueil et analyse statistique

La distribution s'est effectuée de septembre à décembre 2013. Cent cinquante questionnaires ont été distribués et cent quatre réponses ont été obtenues soit 69%. Tous les questionnaires étaient exploitables. Le recueil de données et leur analyse a été effectué par l'intermédiaire du logiciel Excel.

2.2 Résultats

2.2.1 Description de la population

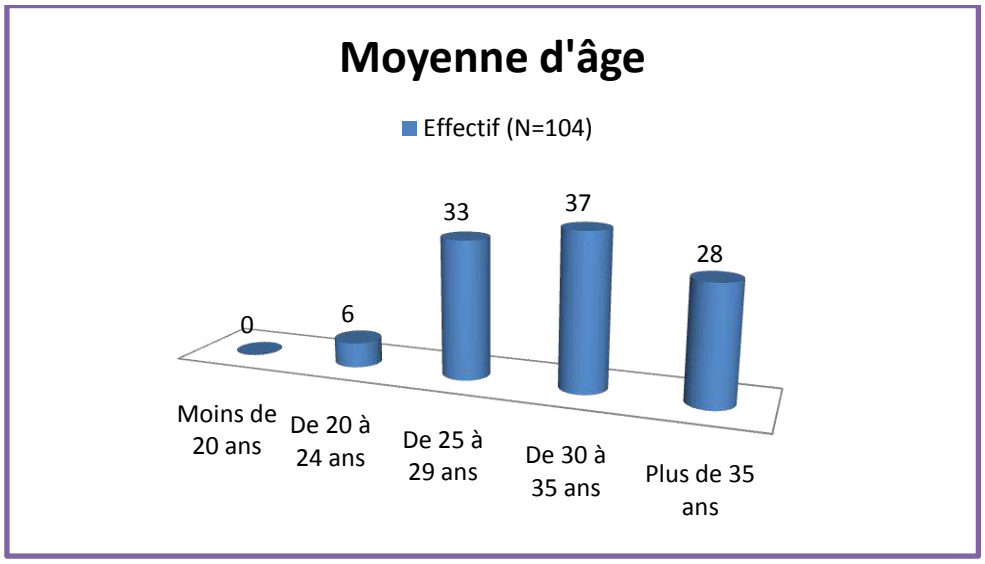


Figure 1 :La moyenne d'âge de la population.

Les femmes ayant accepté de répondre au questionnaire avaient en moyenne 32,2 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-35 ans avec 35,58 % et aucune des femmes interrogées n'a moins de 20 ans.

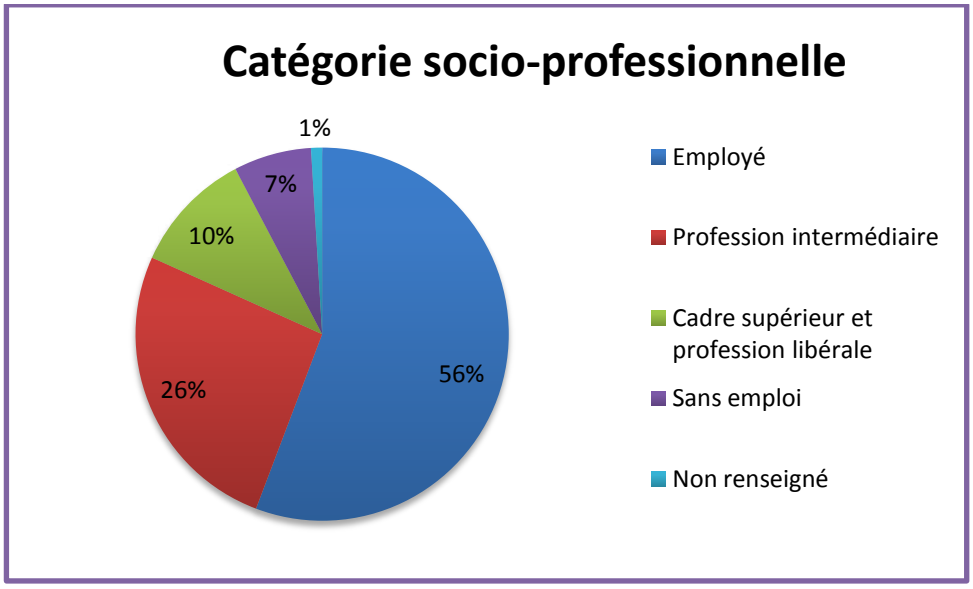


Figure 2 : Les différentes catégories socio-professionnelles.

Dans notre étude, la majorité des femmes sont employées (n=58) et une personne n'a pas souhaité renseigner sa situation socio-professionnelle.

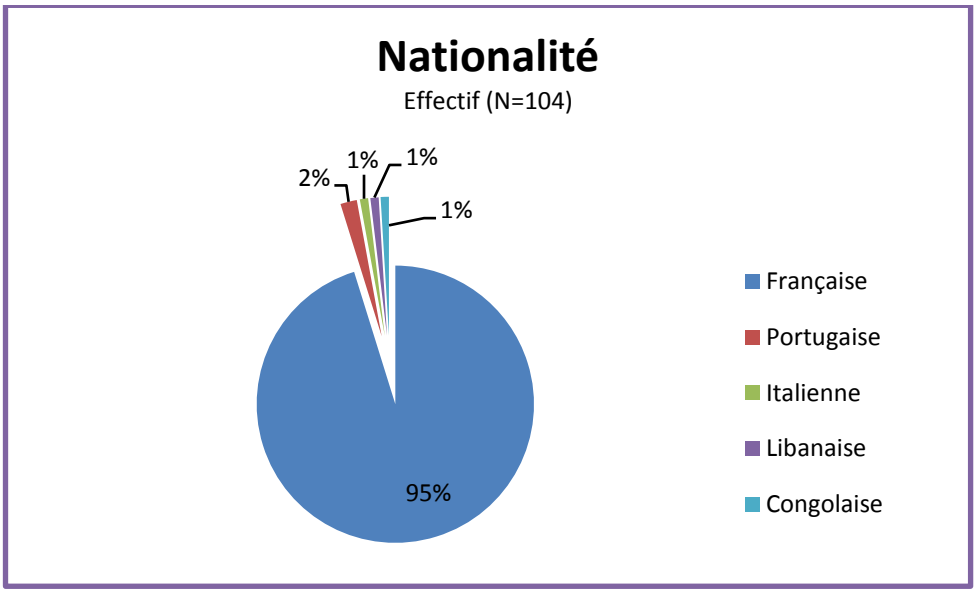


Figure 3: La nationalité des femmes de l'étude.

La nationalité française est majoritaire (n=99), seules quatre femmes ont une autre nationalité.

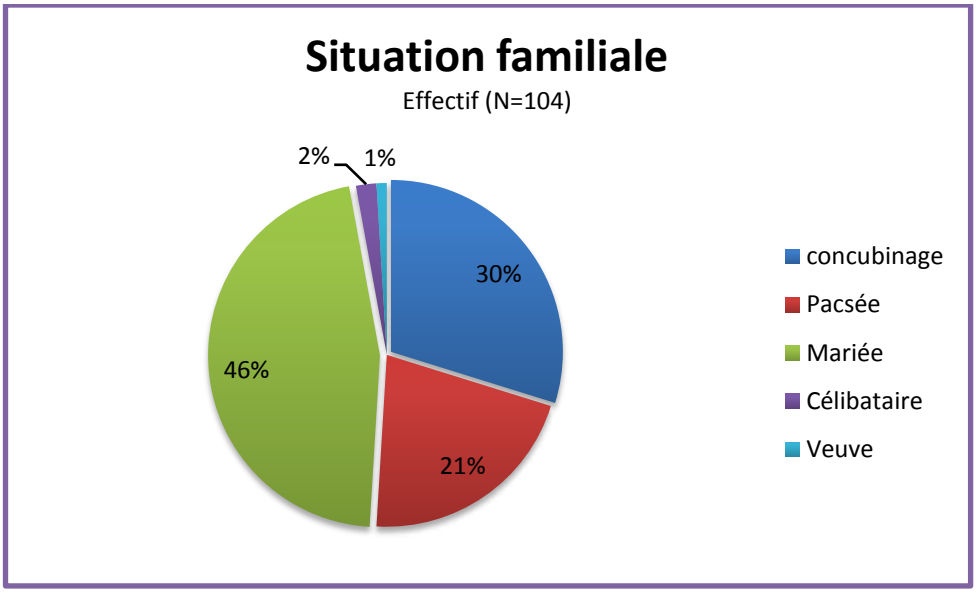


Figure 4: Leur situation familiale.

La quasi-totalité des femmes sont en couple (n=101) et aucune n'est divorcée.

2.2.2 Antécédents gynécologiques et obstétricaux

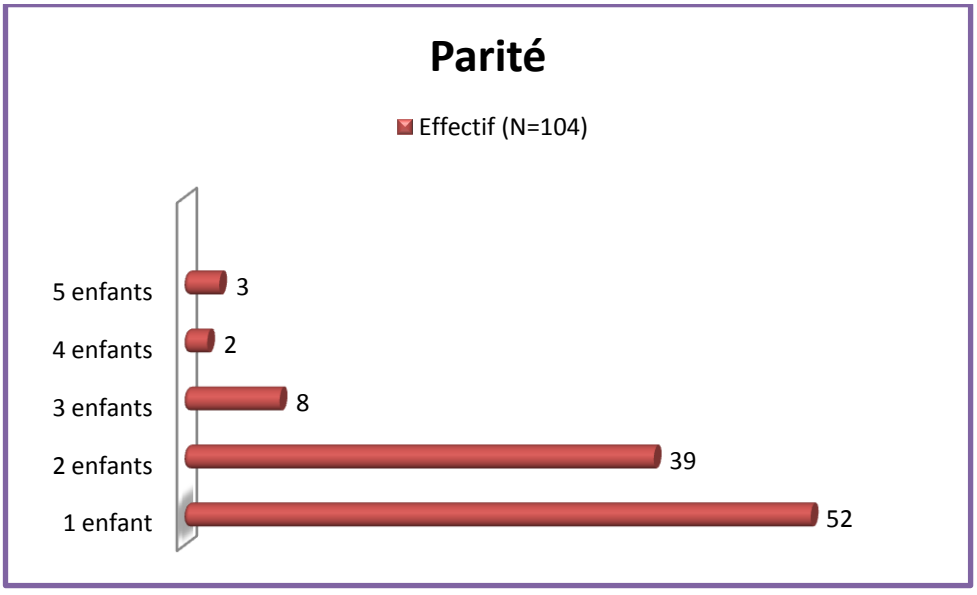


Figure 5: Le nombre d'enfants.

La moyenne du nombre d'enfants est de 1,7; la moitié des femmes a un seul enfant. Entre 20 et 29 ans, 64% des femmes ont un enfant unique, et à partir de 30 ans 58,5% des

femmes interrogées sont mères de deux enfants ou plus, alors que 41,5% n'ont qu'un seul enfant.

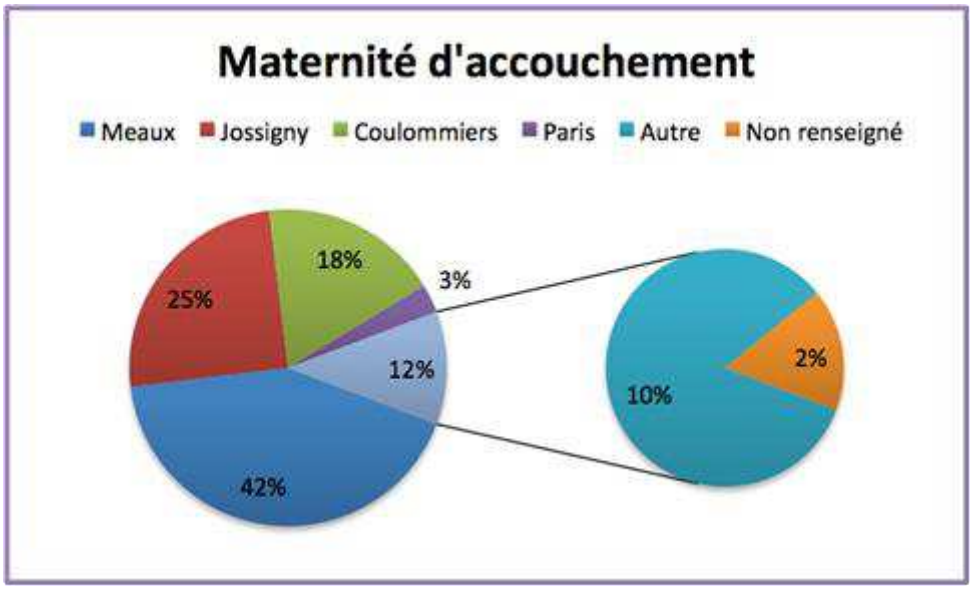


Figure 6: Lieu d'accouchement.

Concernant le lieu d'accouchement, quatre-vingt-dix-neuf femmes ont accouché en milieu hospitalier, trois en clinique et deux femmes n'ont pas renseigné cet item.

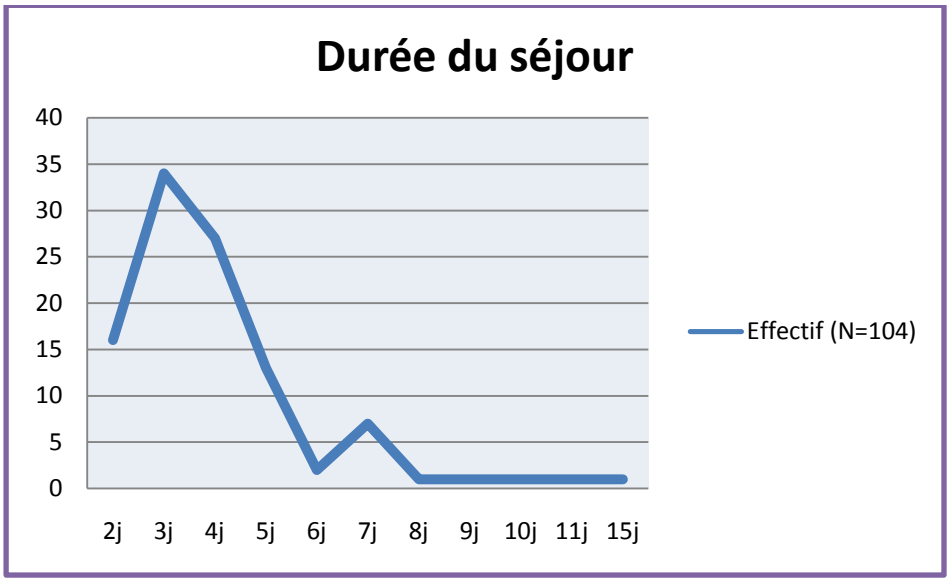


Figure 7:Le temps d'hospitalisation en maternité.

La durée moyenne du temps d'hospitalisation a été de 4 jours.

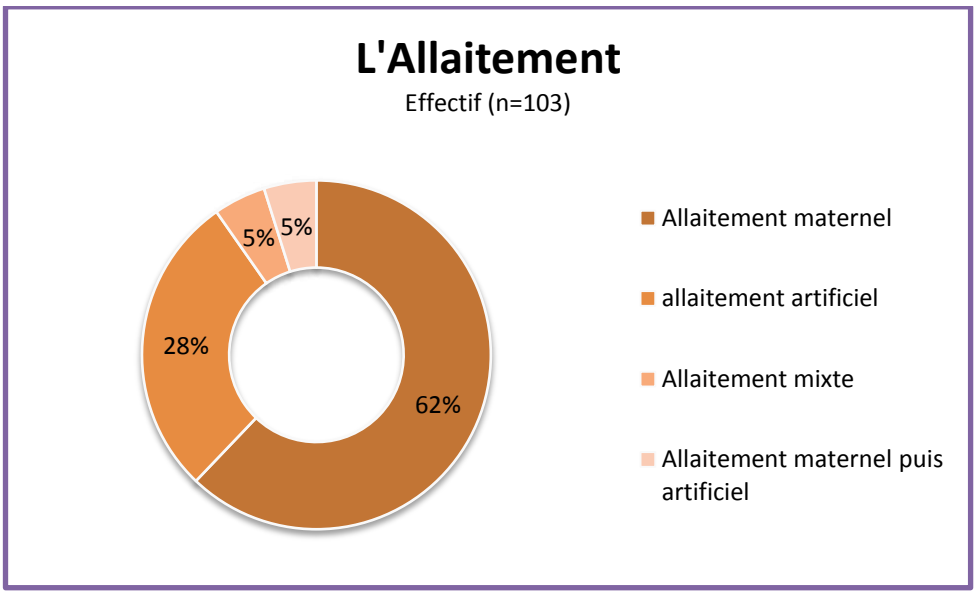


Figure 8: Le mode d'allaitement choisi.

L'allaitement maternel a été choisi par la majorité des femmes (n=64). Une personne n'a pas précisé son mode d'allaitement lors de la sortie de la maternité.

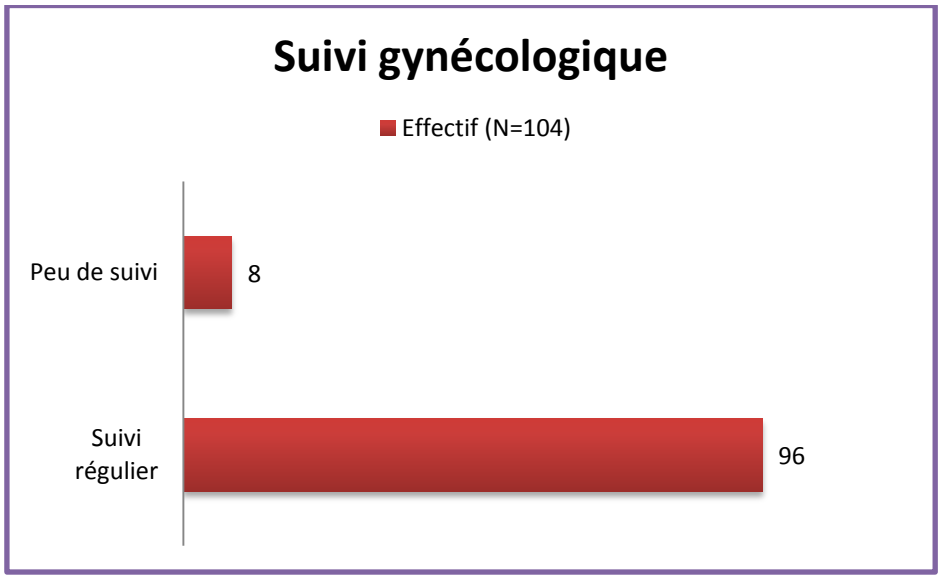


Figure 9: Quel suivi gynécologique ?

En dehors des grossesses, 76,92% (n=80) des femmes consultent leur gynécologue tous les ans. Aucune d'elle n'avait jamais eu de suivi gynécologique.

2.2.3 Connaissance sur la contraception du post-partum

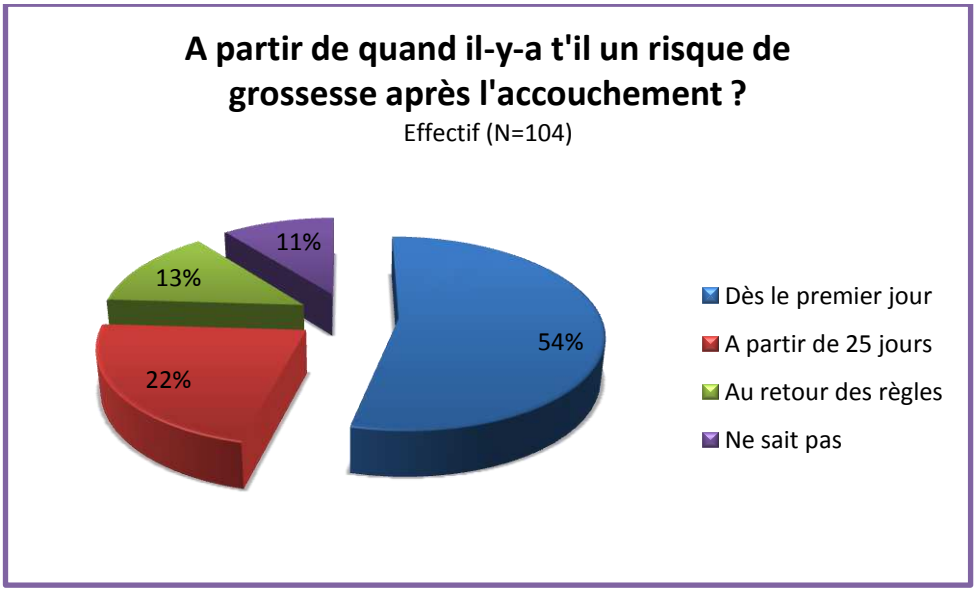


Figure 10: Quels risques de grossesse après un accouchement ?

A la question « à partir de quand il y a-t-il un risque de grossesse après un accouchement ? » vingt-trois femmes (22%) ont répondu correctement, cinquante-six (54%) pensent qu'une grossesse est possible dès le premier jour, quatorze (13%) pensent que ce risque survient au retour des règles et onze (11%) femmes ne savent pas.

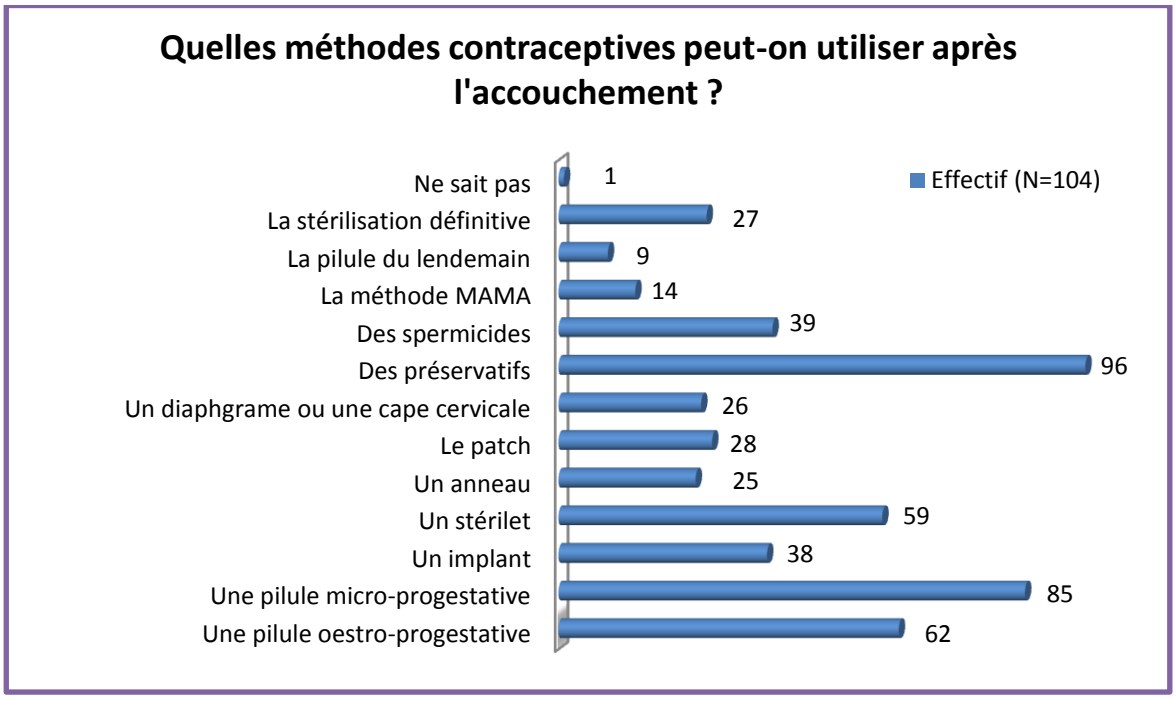


Figure 11: Les méthodes contraceptives utilisées après un accouchement.

Concernant les connaissances sur les méthodes de contraception utilisables en post-partum, aucune des femmes n'a répondu entièrement correctement à cette question. En moyenne, les femmes ont 4,8 fautes. En effet, 59,6% des femmes pensent de manière erronée que la pilule œstro-progestatives est utilisable, 25% utiliseraient un diaphragme ou une cape cervicale et 24% l'anneau. Par ailleurs, 36,5% pensent pouvoir utiliser l'implant, 8,7% la contraception d'urgence et parmi celles qui allaitent, seules 18,75% font référence à la méthode MAMA comme utilisable après un accouchement.

Néanmoins, la quasi-totalité des femmes (92,3%) sait que le préservatif est utilisable après l'accouchement et plus des trois quarts (81,7%) pensent pouvoir utiliser une pilule micro-progestative.

Une seule femme ne sait pas quelle méthode elle pourrait utiliser après un accouchement.

2.2.4 L'information sur la contraception du post-partum

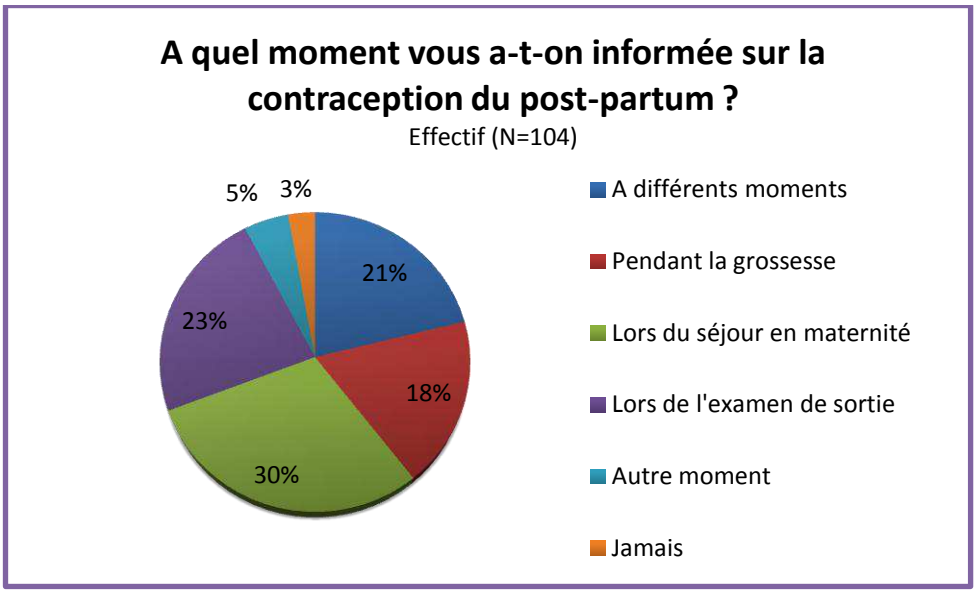


Figure 12: Moment de l'information sur la contraception du post-partum.

Trois femmes déclarent n'avoir jamais reçu cette information.

La majorité des femmes informées sur la contraception du post-partum l'a été en suite de couches dont trente-et-une uniquement lors du séjour et vingt-quatre uniquement lors de l'examen de sortie.

Dix-neuf femmes ont reçu cette information uniquement pendant la grossesse.

Parmi les femmes déclarant avoir été informées à un autre moment, six en ont été informées lors d'une consultation post-natale, quatre lors des cours de préparation à l'accouchement et une pendant ses études d'infirmière.

Vingt-deux femmes ont reçu une information à différents moments dont 68% l'ont eue à la fois pendant la grossesse et à la maternité.

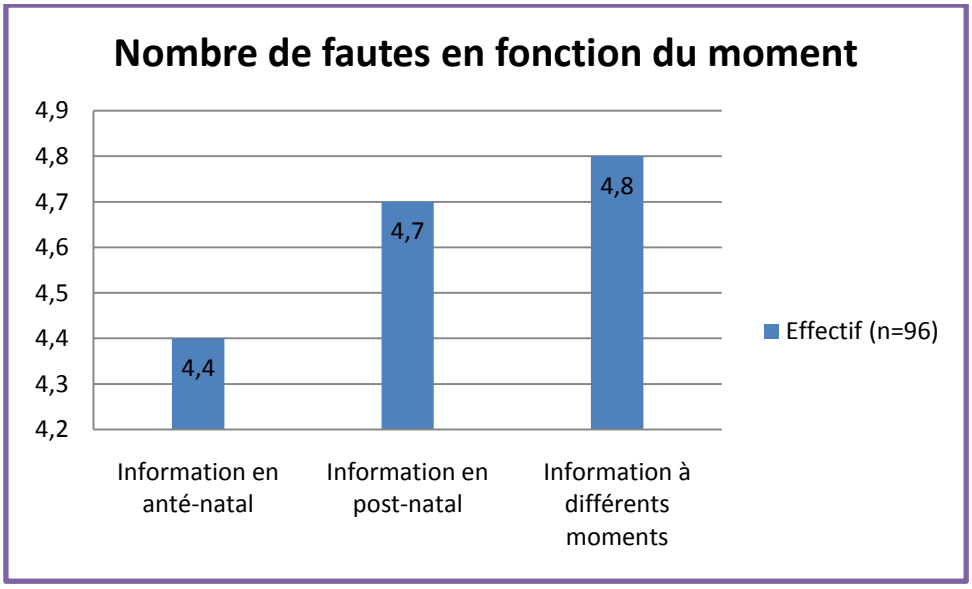


Figure 13: Moyenne du nombre de faute en fonction du moment de l'information.

Parmi les femmes informées à différents moments, une femme ne savait pas du tout quelle contraception elle pouvait utiliser après l'accouchement. Les femmes informées en anté-natal et post-natal ont fait un peu moins de fautes que la moyenne de la population d'étude.

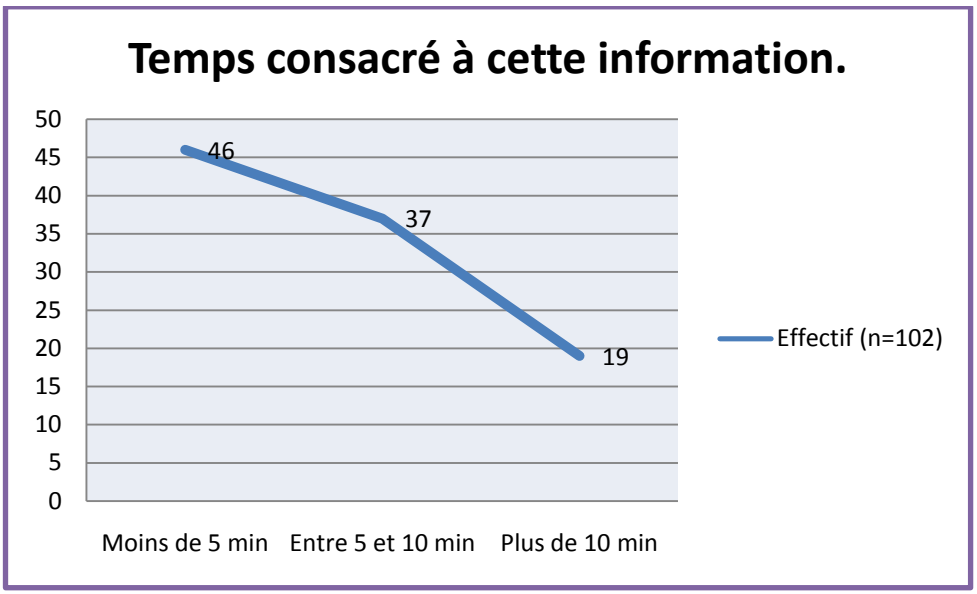


Figure 14: Combien de temps a été consacré à l'information ?

En général, cette information a duré moins de cinq minutes dans 45,1% des cas, entre cinq et dix minutes pour 36,3% des femmes et plus de dix minutes dans 18,6%. Deux personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question.

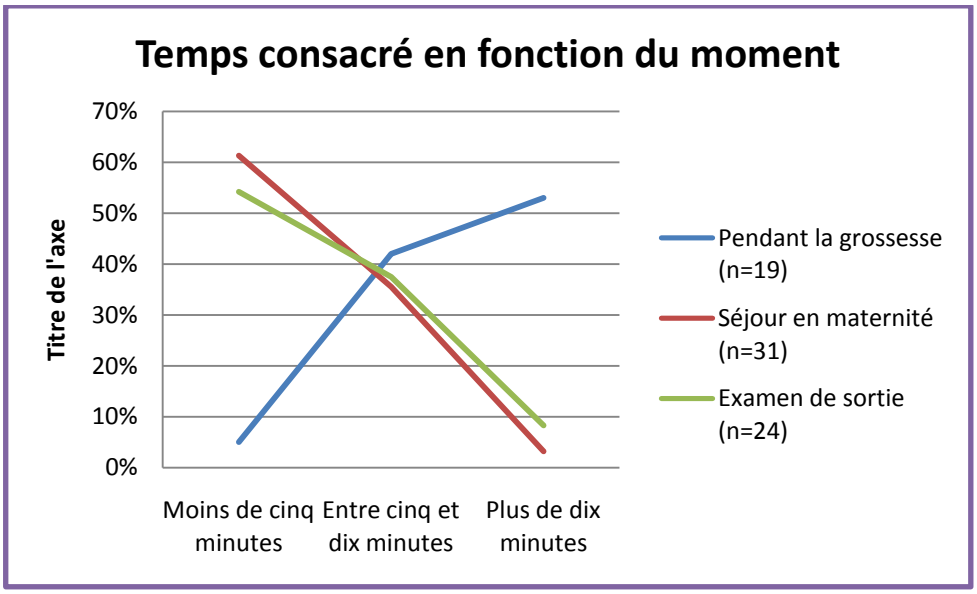


Figure 15: Combien te temps a été consacré en fonction du moment de l'information.

Pour les femmes qui ont bénéficié d'informations pendant la grossesse (n=19), 53% ont eu une intervention supérieure à dix minutes, 42% entre cinq et dix minutes et 5% un temps inférieur à cinq minutes.

Pour les femmes qui ont bénéficié d'informations lors du séjour en maternité (n=31), 61,3% ont eu une intervention de moins de cinq minutes, 35.5% entre cinq et dix minutes et 3,2% un temps supérieur à dix minutes.

Enfin, les femmes informées lors de l'examen de sortie (n=24) ont eu pour 54,2% d'entre elles une intervention de moins de cinq minutes, pour 37.5% entre cinq et dix minutes y ont été consacrées et pour 8,3% le temps a été de plus de dix minutes.

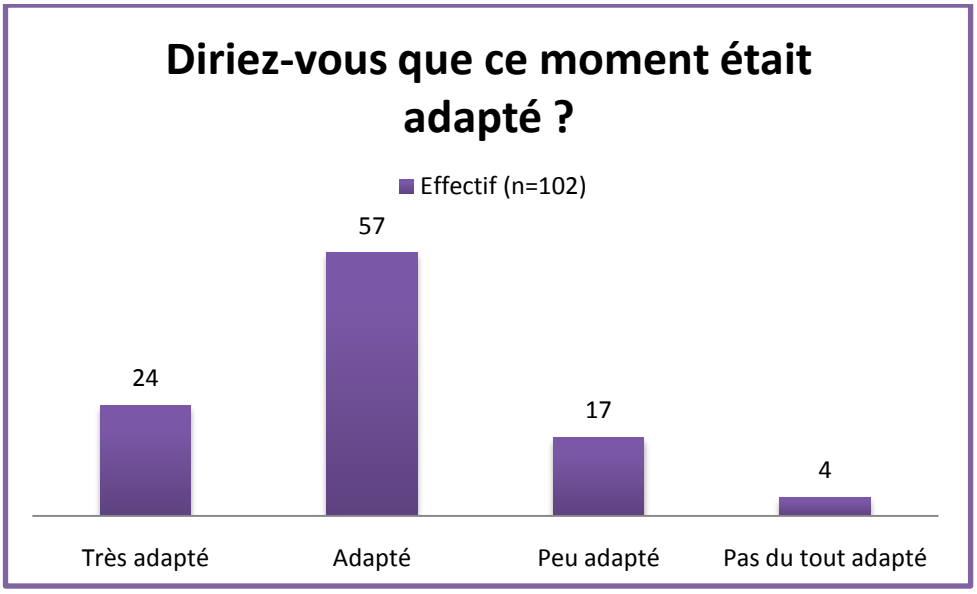


Figure 16: Le moment était-il adapté ?

La majorité des femmes (78%) ont trouvé le moment où elles avaient reçu l'information adaptée alors que 20% ont trouvé le contraire. Deux personnes n'ont pas répondu.

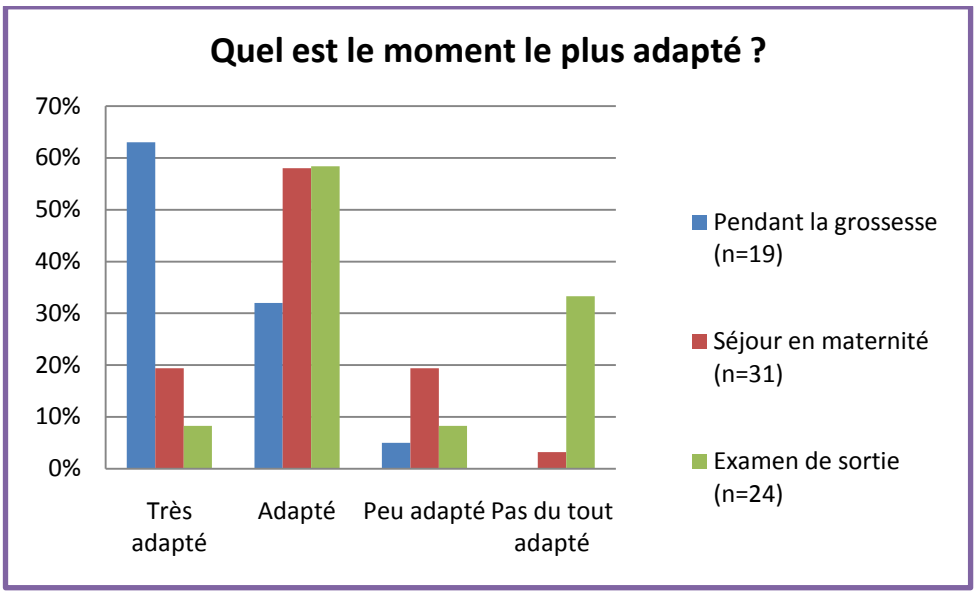


Figure 17: L'adaptation en fonction du moment de l'information.

Parmi les femmes ayant reçu l'information pendant la grossesse (n=19), 95% l'ont jugé adapté. La majorité des femmes a trouvé le moment opportun et nécessaire pour se préparer, anticiper mais également se renseigner et y réfléchir tranquillement.

Parmi les femmes ayant reçu l'information lors du séjour en maternité (n=31), 77,4% l'ont jugé adapté. Elles ont trouvé pour la plupart qu'à ce moment-là, elles étaient disponibles et directement concernées mais quelques personnes ont trouvé que l'information était trop rapide et qu'il n'était pas donné assez d'explication.

Enfin, les femmes informées lors de l'examen de sortie (n=24) l'ont estimé adapté à 66,7%. En effet, même si la majorité estime qu'il est important d'être informée avant la sortie de la maternité, un tiers a trouvé que l'explication donnée lors de l'examen de sortie arrive trop tard, elles ont à ce moment-là d'autres préoccupations, sont moins réceptives et l'information se retrouve noyée au milieu d'autres.

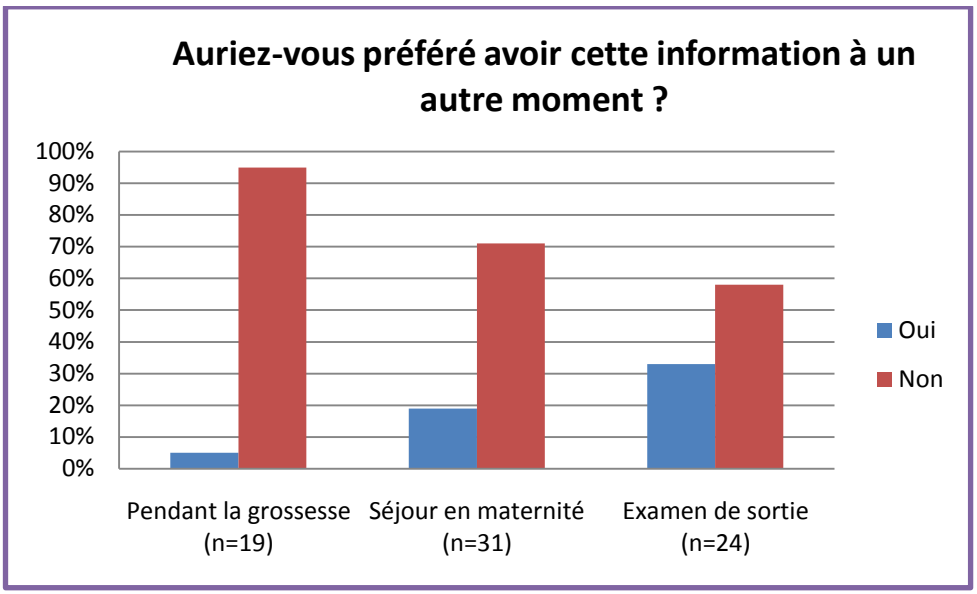


Figure 18: Auriez-vous préféré avoir cette information à un autre moment ?

De manière générale, 23% (n=24) des femmes interrogées auraient aimé être informées à un autre moment dont une femme sur les dix-neuf ayant reçu l'information pendant la grossesse, six sur les trente-et-une l'ayant reçu lors du séjour en maternité et huit sur les vingt-et-une informées lors de l'examen de sortie.

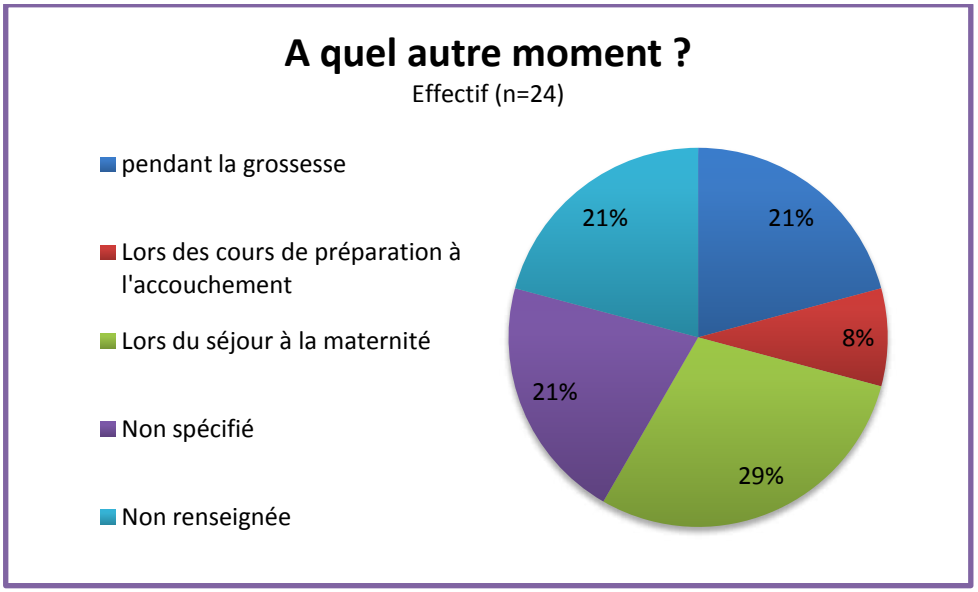


Figure 19: A quel autre moment les femmes auraient souhaité être informées ?

*U*ne femme informée pendant la grossesse aurait préféré l'être pendant le séjour à la maternité. Cinq femmes n'ont pas spécifié à quel autre moment elles auraient souhaité en être informées mais ont précisé qu'au moment où elles l'ont été, elles étaient peu attentives, fatiguées et qu'il y avait beaucoup trop d'information à retenir. Enfin, cinq personnes n'ont pas complété leurs réponses et une des femmes non renseignées à spécifier qu'elle aurait aimé l'être pendant la grossesse.

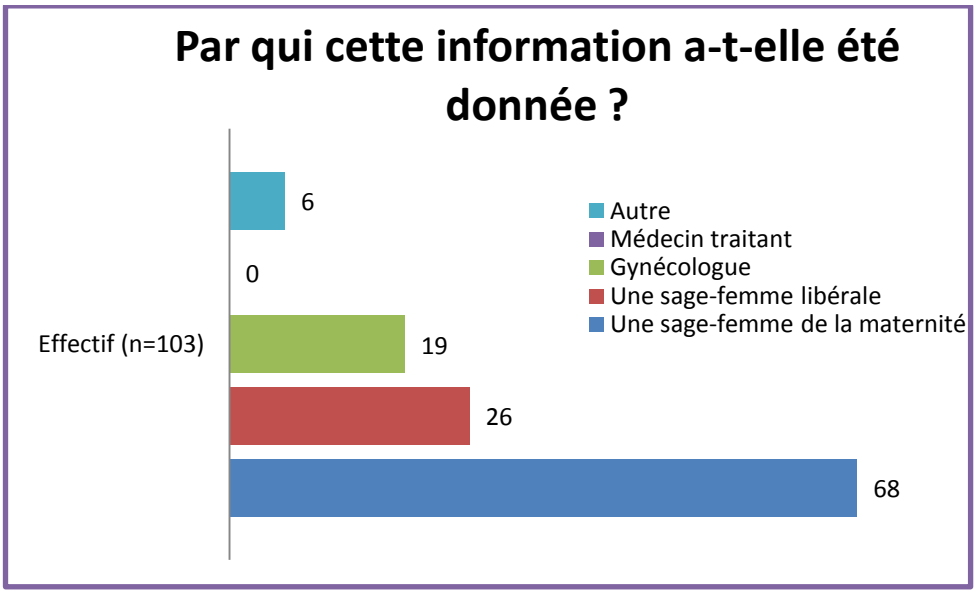


Figure 20: Qui a délivré cette information ?

L'information a été délivrée dans la majorité des cas par une sage-femme. Dans le cas où elles ont été informées par une autre personne, il s'agissait pour deux des femmes d'un interne, pour deux autres d'un médecin de la maternité et deux n'ont pas du tout été informées. Une femme renseignée par une sage-femme a également été chercher des informations complémentaires dans un livre de grossesse et une personne n'a pas renseigné sa réponse.

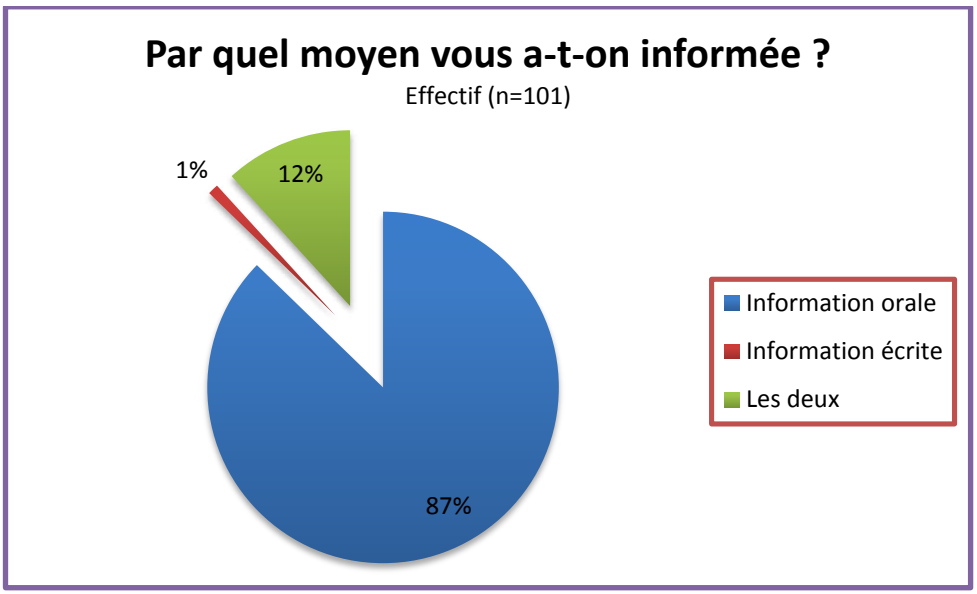


Figure 21: Par quel moyen vous a-t-on informé ?

Les trois femmes n'ayant pas eu d'information n'ont donc pas répondu à cette question (n=101). Quatre-vingt-huit femmes ont reçu une information orale (87%), une a bénéficié d'information écrite par dépliant (1%) et douze ont eu les deux (12%). Le dépliant a été utilisé comme support pédagogique pour dix femmes sur les treize qui en ont bénéficié. De plus, parmi les quatre-vingt-huit femmes à avoir reçu une information uniquement orale, cinq se sont vues compléter l'intervention par l'utilisation de support pédagogique à type de dessins, d'images, de tableaux, d'échantillons et d'un DIU.

Ainsi le recours à un support pédagogique (dépliant ou autre) a eu lieu dans 14,7% des cas et il a été jugé utile par 53,3% des femmes en ayant profité.

Parmi les femmes n'ayant pas eu de support pédagogique, 31% l'auraient trouvé utile et 26,4% n'ont pas précisé leur réponse.

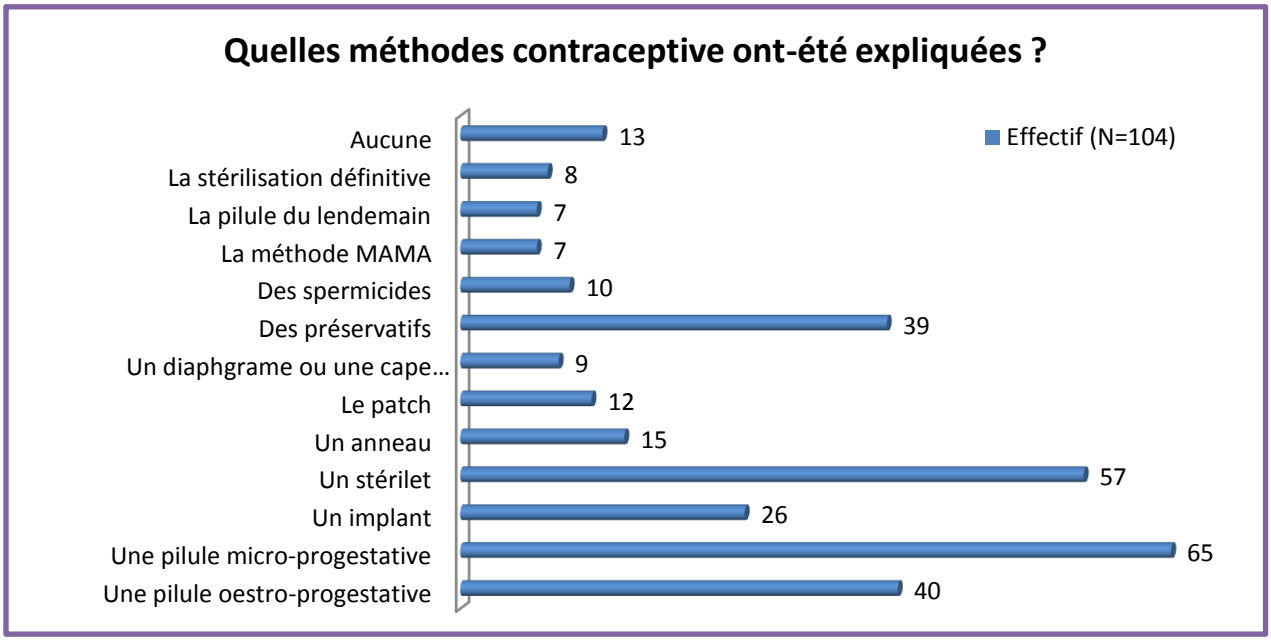


Figure 22: Quelles méthodes contraceptives ont été expliquées ?

Concernant les explications données sur les différentes méthodes contraceptives ; plus de la moitié des femmes a reçu une information sur la pilule micro-progestative (62,5%) et le DIU (55,7%). Plus d'un tiers a bénéficié d'explication sur la pilule œstro-progestative (38,5%) et sur l'utilisation du préservatif (37,5%). L'implant a été expliqué à une femme sur quatre et moins de dix pour cent des femmes ont été informées sur les modalités de pratique de la méthode MAMA ou de la contraception d'urgence. Enfin, 12,5% des femmes n'ont reçu aucune explication.

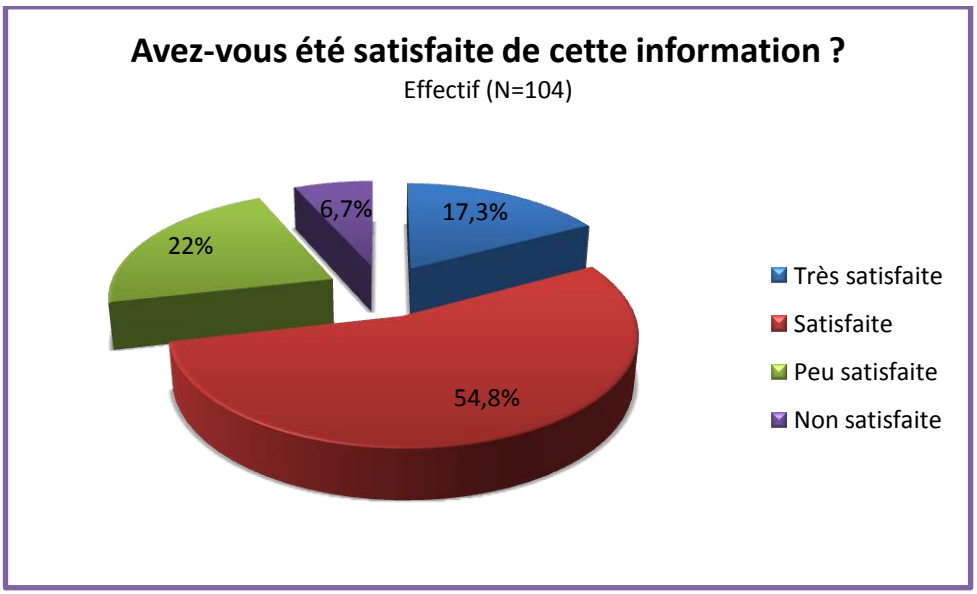


Figure 23: Satisfaction de l'information reçue.

De manière générale, la plupart des femmes (72,1%) sont satisfaites de leur information sur la contraception du post-partum et 28,7% ne le sont pas. Une femme satisfaite de l'information reçue pendant la grossesse, se déclare peu satisfaite de celle reçue lors du séjour en maternité.

Soixante-quatre femmes ont complété leur réponse d'une explication. Vingt-neuf ont trouvé l'information trop rapide, pas assez détaillée et centrée principalement sur les méthodes les plus courantes. Au contraire vingt-sept ont jugé l'intervention complète, claire, adaptée et suffisante. Et, huit femmes estimaient qu'elle n'était pas nécessaire soit parce qu'elle savait déjà ce qu'elles voulaient, qu'elles avaient déjà choisi, soit elles estimaient suffisamment connaitre leur fonctionnement ou encore parce qu'elles ne voulaient pas reprendre de contraception.

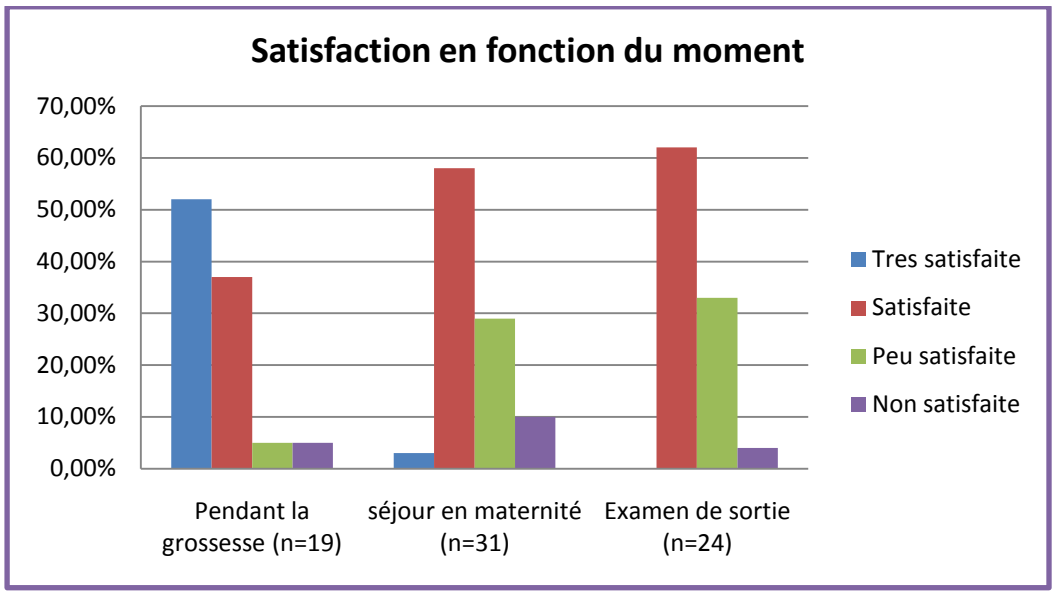


Figure 24: La satisfaction en fonction du moment de l'information.

La majorité des femmes très satisfaites de leur information (n=10) l'a reçue pendant la grossesse. Ainsi la quasi-totalité des femmes informées pendant la grossesse sont satisfaites (89,5%) et c'est le cas pour les deux tiers des femmes informées lors du séjour en maternité (61,3%) ou lors de l'examen de sortie (62,5%).

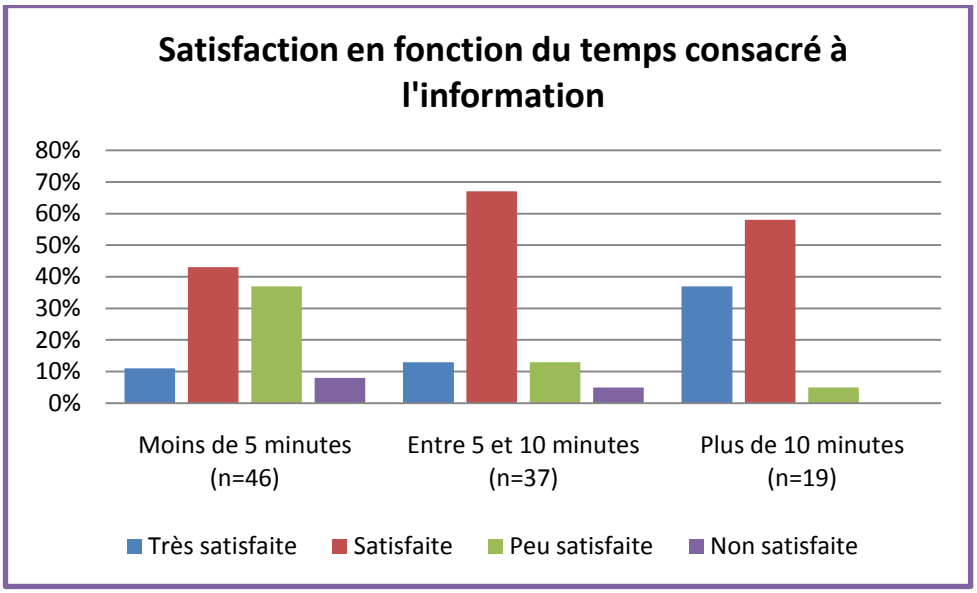


Figure 25: La satisfaction en fonction du temps consacré à l'information.

De même, en fonction du temps imparti, les femmes ont été plus ou moins satisfaites. En effet, lorsque moins de cinq minutes ont été consacrées à l'information, presqu'une femme sur deux n'est pas satisfaite (45,6%) alors que c'est le cas pour moins d'une femme sur cinq si l'intervention a duré entre cinq et dix minutes. De même, seules 5% des femmes ayant bénéficié d'une explication de plus de dix minutes ne sont pas satisfaites.

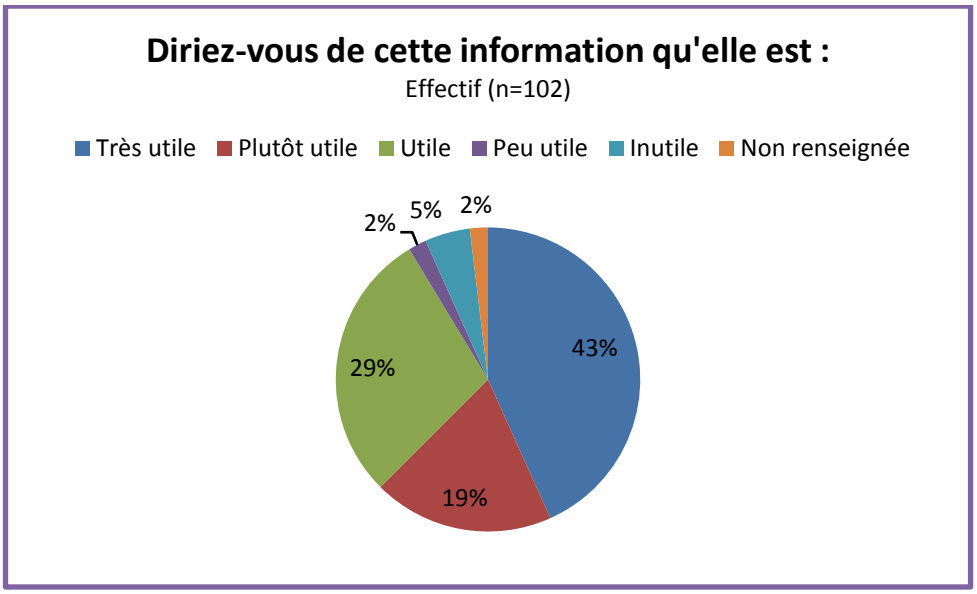


Figure 26: Utilité de l'information.

Quarante-cinq femmes qualifient cette information de très utile, vingt de plutôt utile, trente d'utile, deux de peu utile et cinq d'inutile. Deux personnes n'ont pas souhaité répondre. Ainsi la quasi-totalité a trouvé cette information utile (91,3%).

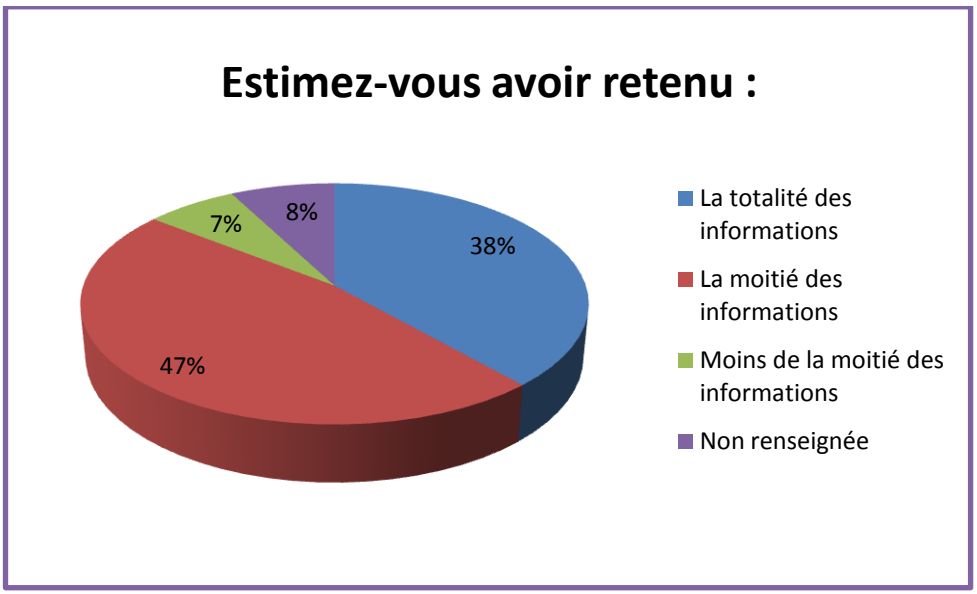


Figure 27: Mémorisation des informations.

La quasi-totalité des femmes estiment avoir retenu au moins la moitié des informations (47,1%) voir la totalité des informations (38,5%). Seule moins de dix pour cent en ont retenu moins de la moitié et huit femmes n'ont pas renseigné cet item.

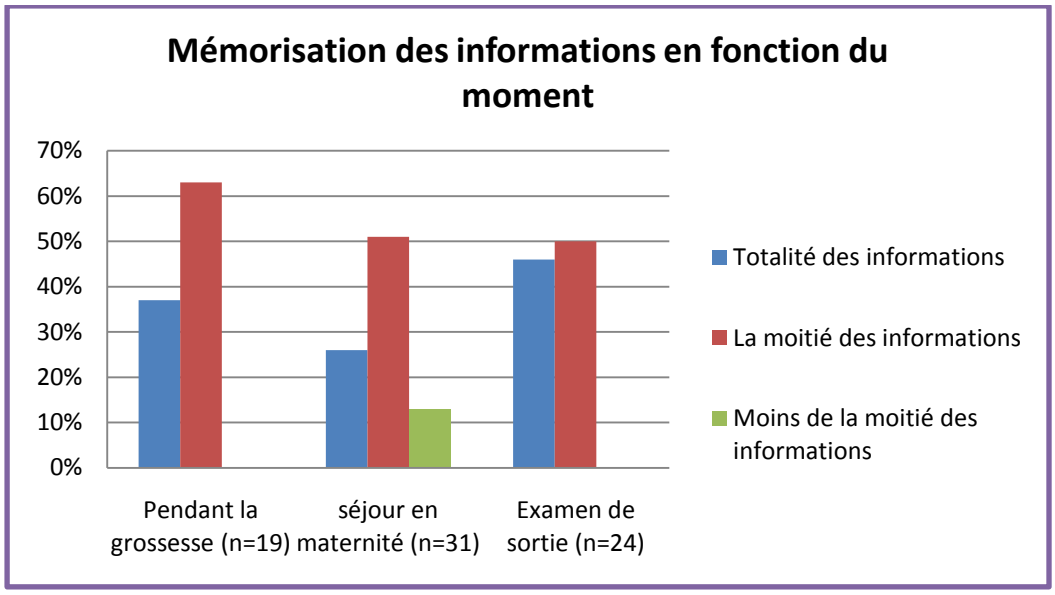


Figure 28: Mémorisation en fonction du moment d'information.

Que l'explication ait été donnée pendant la grossesse, lors de séjour en maternité ou encore lors de l'examen de sortie, un peu plus d'une femme sur deux en a retenu la moitié.

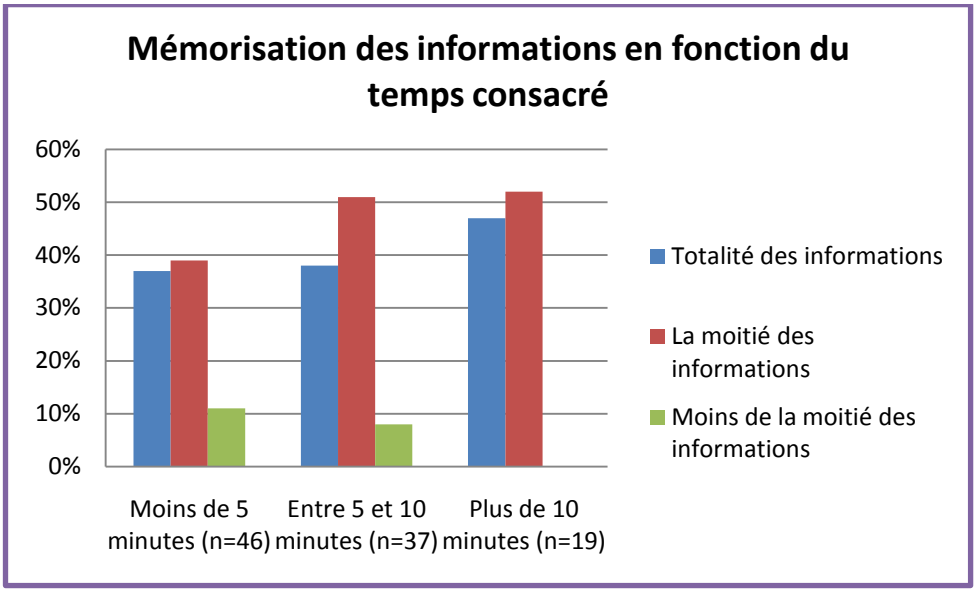


Figure 29: Mémorisation en fonction du temps dédié à l'information.

Lorsque l'information a duré plus de dix minutes, la totalité des femmes a retenu plus de la moitié des informations alors que 10% des femmes ayant eu une intervention de moins de cinq minutes en ont retenu moins de la moitié. Par contre, que l'information est durée entre cinq et dix minutes ou plus de dix minutes, une femme sur deux a mémorisé la moitié.

2.2.5 La contraception du post-partum

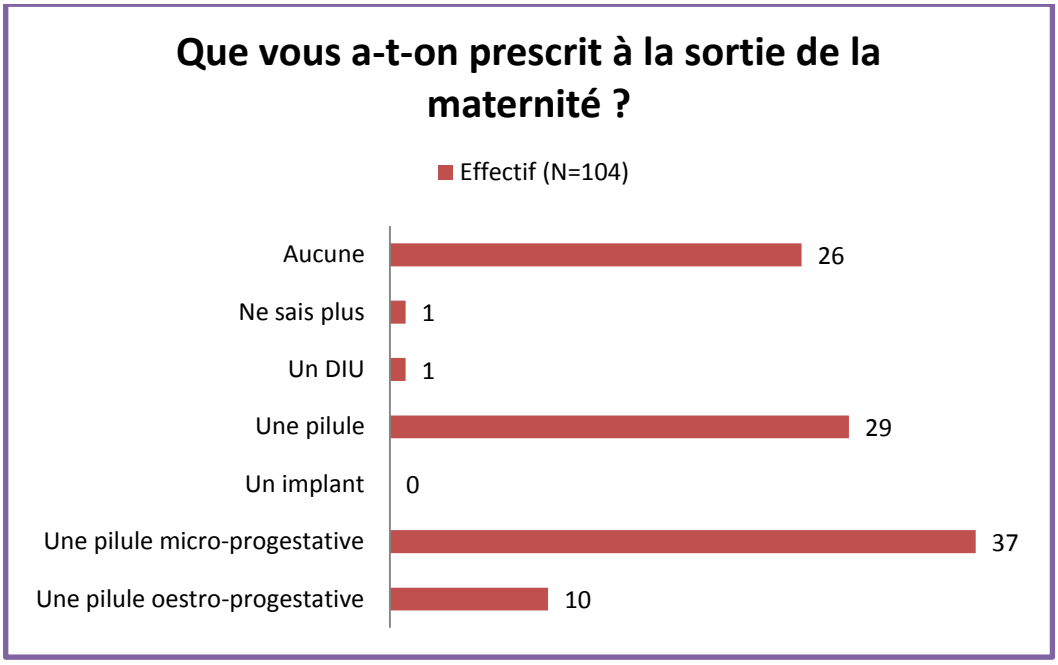


Figure 30: Quelle contraception du post-partum ?

Une contraception a été prescrite à 75% (n=78) des femmes à la sortie de la maternité et majoritairement une contraception orale (97,4% soit soixante-seize femmes) dont dix (13,1%) prescriptions de pilule œstro-progestative, 37 (48,7%) pilules micro-progestatives et 29 (38,2%) dont le type n'a pas été précisé. Une seule personne s'est vue prescrire un dispositif intra-utérin et aucune prescription d'implant n'a été faite. Une personne ne se rappelle plus de sa prescription.

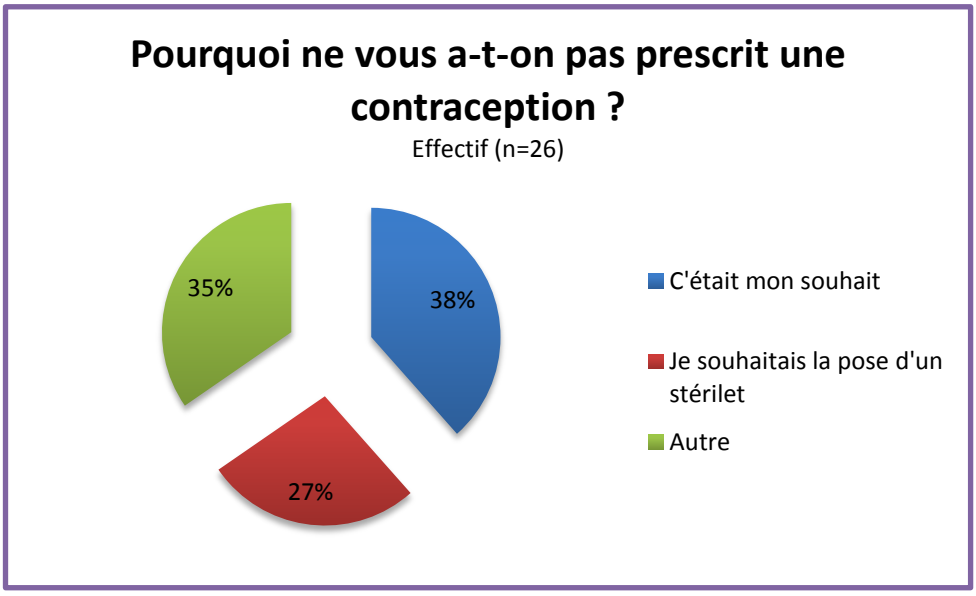


Figure 31: Pourquoi aucune contraception n'a été prescrite ?

Parmi celles n'ayant pas eu d'ordonnance de contraception à la maternité, à la réponse autre, six ont préféré ou ont été conseillée d'attendre leur rendez-vous avec leur gynécologue, une préférait utiliser des préservatifs, une autre venait d'avoir une ligature des trompes et une dernière ne se l'est pas vu proposer.

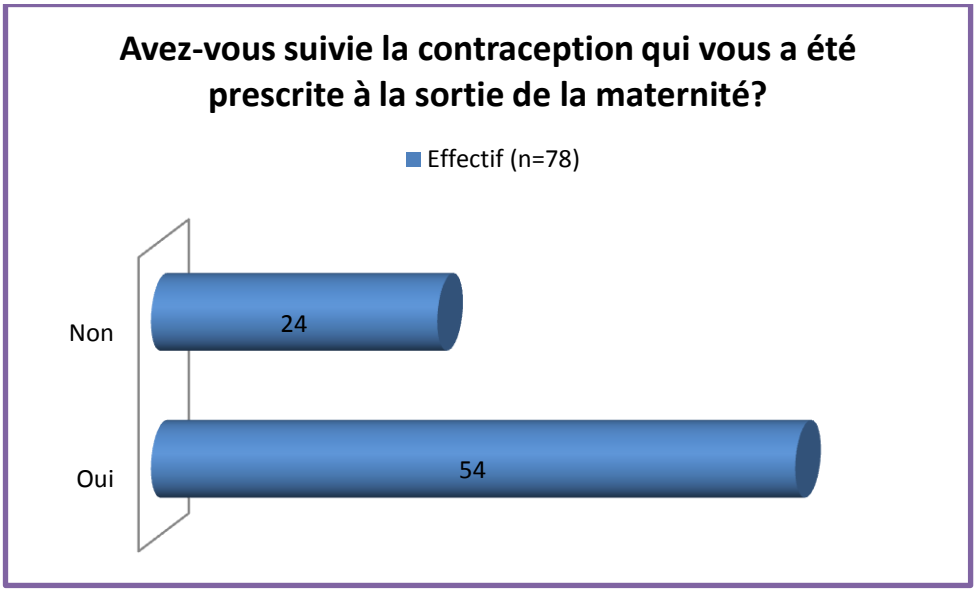


Figure 32: Observance de la contraception prescrite à la sortie de la maternité.

La contraception prescrite à la sortie de la maternité a été suivie par 69,2% des femmes. Parmi celles qui ne l'ont pas suivi, 75% ne l'ont pas du tout reprise et 25% ont arrêté de la prendre.

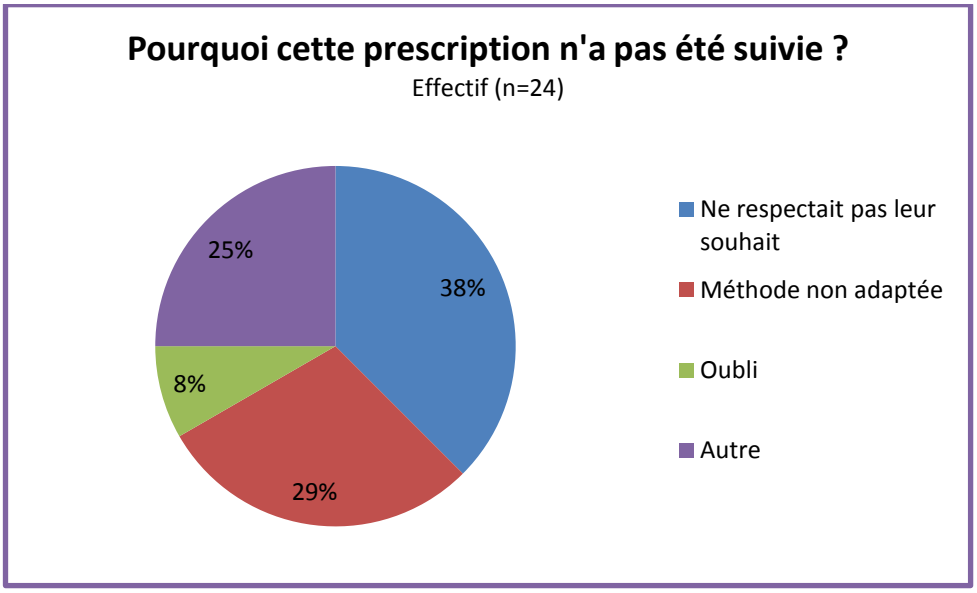


Figure 33: Pourquoi la contraception prescrite à la sortie n'a pas été suivie ?

A la réponse autre, deux femmes ont préféré attendre leur visite post-natale, et une a préféré utiliser des méthodes locales plutôt que la pilule de 3ème génération qui lui avait été prescrite. Enfin, deux n'ayant pas repris une activité sexuelle et une ayant eu des difficultés à concevoir, elles n'ont donc pas pris la contraception qu'il leur avait été prescrite.

2.2.6 La consultation post-natale

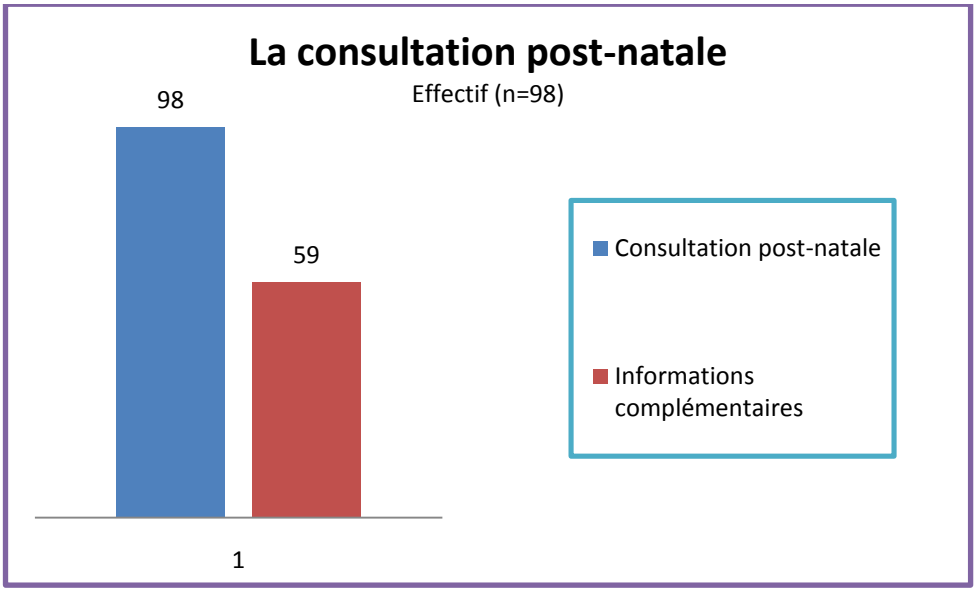


Figure 34: La consultation post-natale.

Quatre-vingt-quatorze virgule deux pour cent des femmes ont bénéficié d'une consultation post-natale et parmi elles 60,2% ont eu des informations complémentaires relatives à la contraception.

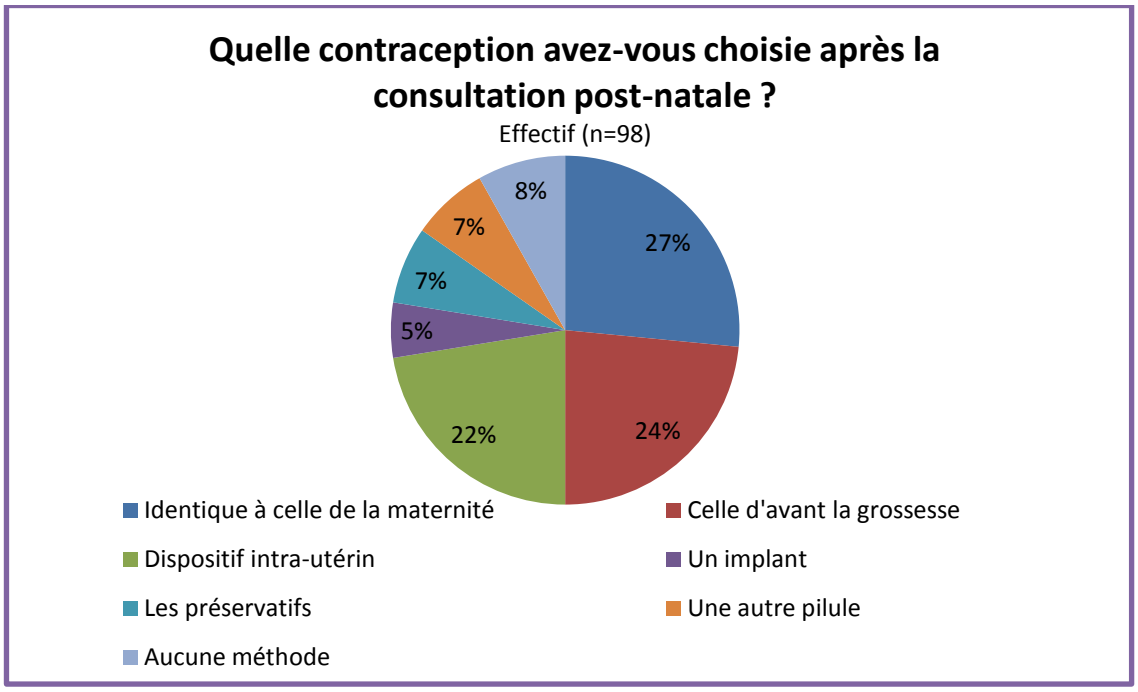


Figure 35: Quelle contraception après la visite post-natale ?

Lors de cette consultation, vingt-trois DIU ont été posé dont neuf (39%) a des primipares, onze (48%) a des deuxièmes pares et trois (13%) a des troisièmes pares. Quatre femmes sont dans l'attente de la pose d'un futur DIU (trois utilisent des préservatifs en attendant et une la contraception orale). Enfin, cinq femmes ont bénéficié de la pose d'un implant.

La pose d'un DIU était motivé principalement par son côté pratique, l'absence de contrainte notamment horaire contrairement à la pilule (plus de risque d'oubli) mais également pour l'absence d'hormones dans le DIU au cuivre qui est ainsi perçu comme méthode plus naturelle. Il s'agissait de la méthode de contraception d'avant la grossesse pour une des patientes.

De même, la plupart des femmes reprenant leur contraception d'avant la grossesse l'ont fait par simplicité car elles étaient habituées à cette méthode et qu'elle leur convenait. Une d'entre elle a par ailleurs décidé de reprendre la même contraception n'ayant pas eu d'informations sur les autres méthodes.

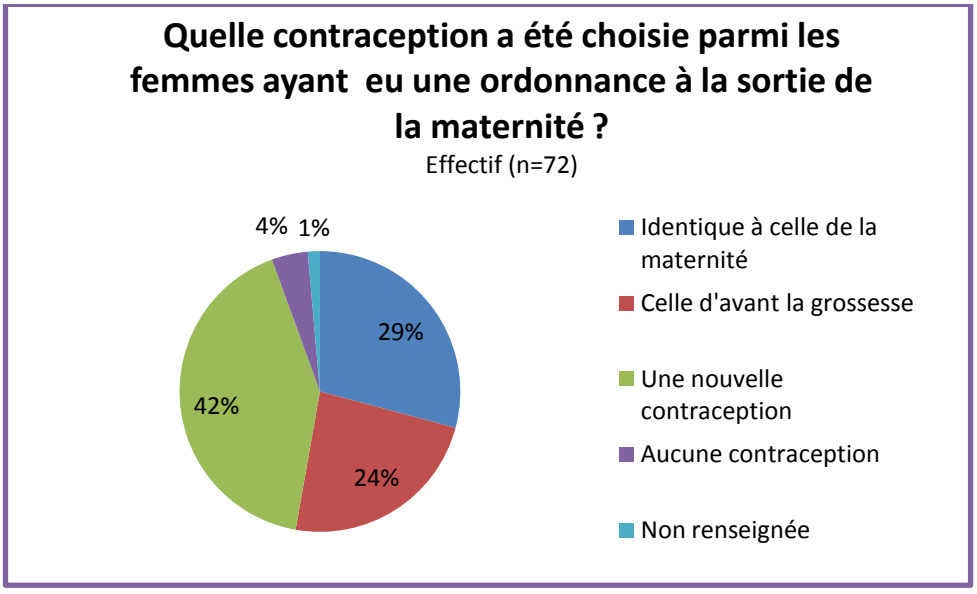


Figure 36: Quelle contraception après la visite post-natale chez les femmes ayant eu une ordonnance à la sortie ?

Parmi les femmes qui ont eu une prescription à la sortie de la maternité, 29,2% ont gardé la même après la consultation post-natale, 23,6% ont repris celle d'avant la grossesse, 41,7% ont choisi une nouvelle contraception, 3,8% n'ont pas repris de contraception et une personne n'a pas spécifié sa prescription après la consultation post-natale.

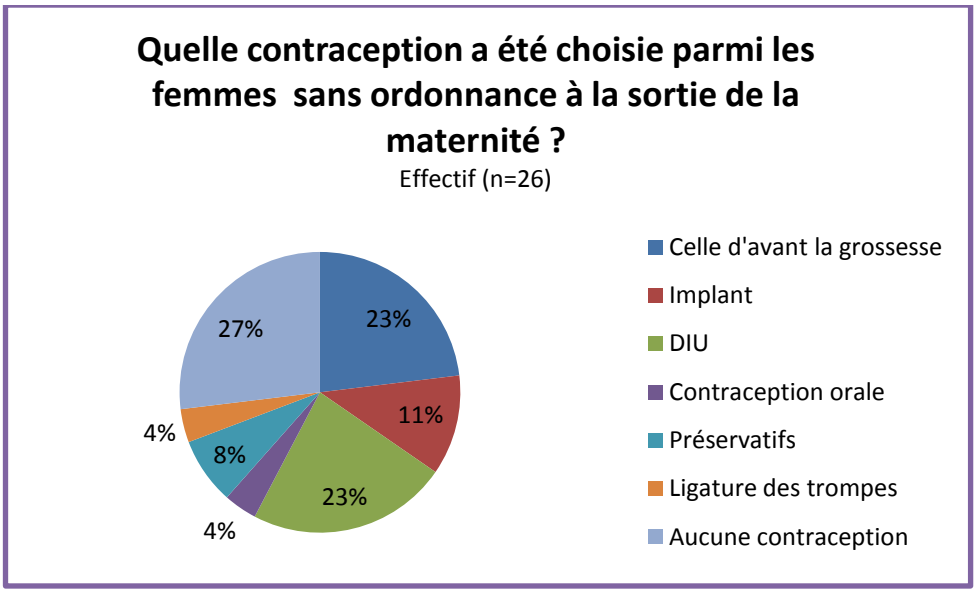


Figure 37: Quelle contraception après la visite post-natale chez les femmes sans ordonnance à la sortie ?

Parmi les femmes qui n'ont pas eu de prescription à la maternité, la plus grande partie (27%) a poursuivi sans méthode contraceptive, 23% ont repris celle d'avant la grossesse et 23% ont choisi un dispositif intra-utérin dont 5 (soit 71%) en avait exprimé le souhait lors de la sortie. Parmi ces femmes, une a pratiqué une interruption de grossesse par médicament à la suite d'une grossesse non désirée. Enfin, une minorité de femmes (4%) a repris une contraception orale et une personne avait bénéficié d'une ligature des trompes.

3 Troisième partie : Discussion

3.1 Population de l'étude

3.1.1 Analyse de la population

Les femmes de l'étude ont en moyenne 32,2 ans ce qui correspond à 2,1 ans de plus que la moyenne d'âge des accouchées dans la population générale en 2012 [24]. Elles sont également plus actives à 92,3% contre 74,2%. La nationalité française est quasi majoritaire (95,2%) dans la population d'étude contre 86,6% dans la population générale. En France, 55% des naissances ont lieu hors mariage ce qui est également le cas dans notre étude (54%). Au contraire, le nombre d'enfants par femme de l'étude est plus faible que celui de la population générale (soit 1,7 enfants au lieu de 1,99). Ainsi, les femmes ayant accepté de participer sont en moyenne plus âgées, plus souvent actives et ont moins d'enfants que la population générale en âge de procréer. Cette discordance pourrait s'expliquer par le mode de recrutement des femmes interrogées qui s'est fait par l'intermédiaire d'une sage-femme libérale et grâce à un questionnaire, ce qui peut être plus sélectif. De plus, la taille de l'échantillon est trop petite pour être comparée à la population générale.

3.1.2 Limites de l'étude

L'échantillon de femmes ayant répondu au questionnaire n'est donc pas représentatif de la population en âge de procréer. Par conséquent, les résultats ne sont pas interprétables à l 'échelle de la population générale. De plus, la plupart des femmes a bénéficié d'une consultation post-natale où elles ont souvent reçu de nouvelles informations sur la contraception, ce qui constitue un biais de mémorisation par rapport aux informations reçues lors du séjour en maternité. Nous avons choisi une étude quantitative pour définir de manière générale les difficultés de l'information mais une étude qualitative par entretien aurait permis de recueillir le ressenti des femmes face à cette situation complexe.

3.1.3 Points forts de l'étude

Cependant, les femmes interrogées ayant un âge plus élevés que la moyenne et un suivi gynécologique régulier, nous nous attendions à ce que leurs connaissances soient meilleures que celles de la population en âge de procréer. Pour autant, peu de différences dans leurs connaissances ont été constatées ce qui reflète un manque d'information. Nous pouvons ainsi mettre en évidence des défauts dans les stratégies actuellement mises en place pour informer les femmes sur la contraception du post-partum.

3.2 Le moment de l'information

3.2.1 Le moment où les femmes sont le plus souvent informées

L'information donnée sur la contraception est primordiale et nécessite de trouver le moment le plus approprié. Dans notre étude, la majorité des femmes a été informée pendant son hospitalisation que ce soit lors du séjour ou lors de l'examen de sortie. Une femme sur trois a reçu des explications pendant la grossesse. Dans une étude sur la contraception du post-partum, seules 4% des femmes se rappelaient avoir eu une information en anté-natal et entre 56% et 84% se souvenaient de l'avoir eu en post-natal [26]. Une étude plus récente sur les attitudes et les pratiques contraceptives en péripartum montre également que l'information en anté-natal reste encore limitée avec moins de 30% des femmes enceintes en ayant discuté [22]. Ces résultats montrent une relative stabilité dans les attitudes et les pratiques avec seule une minorité de femmes informées en anté-natal alors qu'une majorité l'est en post-natal. Nous avons émis l'hypothèse que de donner l'information en suites de couche n'est pas la meilleure stratégie et que les femmes préféraient avoir un temps dédié à cette information à un autre moment. Nous avons donc regardé grâce aux réponses des femmes s'il existait un moment idéal à leurs yeux pour parler de la contraception du post-partum et quel serait-il. Pour essayer de répondre à cette question, nous avons trié les résultats en fonction du moment où l'information a été délivrée.

3.2.2 L'information en anté-natal

L'information sur la contraception du post-partum peut être abordée avant l'accouchement. Dans notre étude, c'est le cas pour 33,6% des femmes dont plus de la moitié l'a reçu uniquement à ce moment-là. La majorité d'entre elles, a trouvé le moment adapté et une seule femme a quant à elle qualifié le moment de peu adapté et aurait aimé avoir des informations complémentaires pendant le séjour en maternité. Sinon, elles estimaient pour la plupart avoir plus de temps pour se préparer et y réfléchir lorsque l'information était délivrée pendant la grossesse. La plupart des publications sur le sujet se rejoignent sur le fait que donner l'information en anté-natal est une meilleure stratégie [27]. La femme serait plus réceptive à cette période pour discuter de sa future contraception [22]. Les premiers renseignements seraient ainsi donnés pendant la grossesse et permettraient à la femme d'anticiper, de réfléchir tranquillement et de poser des questions ultérieurement. Cet élément est particulièrement important pour les méthodes à longue durée d'action comme l'implant, le dispositif intra-utérin ou encore la stérilisation à visée contraceptive [27] [28]. Ainsi, la femme souhaitant l'utilisation d'une de ses méthodes aura le temps d'y réfléchir, de faire son choix ce qui permettra la prescription dès la sortie de la maternité et la pose dès que cela est possible soit le plus souvent lors de la consultation post-natale. Ce moment peut également permettre d'en discuter avec le couple et d'intégrer le conjoint dans le choix de leur future méthode de contraception en fonction de leur projet familial. La question pourra aussi bien être abordée lors des consultations de suivi de grossesse que lors des cours de préparation à l'accouchement. C'était justement le cas pour cinq des femmes de l'étude dont trois ont trouvé ce moment adapté. Les deux autres considéraient elles, qu'il était trop tôt pour en parler, qu'elles étaient encore concentrées sur leur grossesse et ne pensaient pas à l'après. Dans une étude sur le point de vue des femmes sur la contraception du post-partum, seulement un tiers souhaitait être informé durant les cours de préparation à l'accouchement [17]. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que lors de ces cours les femmes sont concentrées sur les informations relatives à l'accouchement et peu intéressées par celles sur la contraception. De même, l'information collective peut constituer un obstacle pour certaines femmes. Une information personnalisée donnée lors d'une consultation en privé avec le praticien suivant la grossesse serait alors plus adaptée. Enfin, une des femmes déclarant ne jamais avoir été informée sur le sujet a précisé qu'elle aurait souhaité la recevoir pendant la

grossesse. Ainsi, comme le soulignent de nombreux auteurs et le recommande l'ANAES, idéalement l'information sur la contraception devrait être commencée en anté-natal [12] [23].

3.2.3 L'information en post-natal

Après l'accouchement, l'information peut être discutée lors du séjour en suite de couche, lors de l'examen de sortie ou encore lors de la visite post-natale. Lors du séjour en maternité, même si la majorité trouvait le moment idéal car elles étaient directement concernées, une autre partie (22,6%) pensait au contraire que ce n'était pas optimal. Ces dernières considéraient qu'elles avaient d'autres préoccupations, que beaucoup d'informations étaient données et qu'avec la fatigue surajoutée, elles étaient moins réceptives et peu attentives. Six de ces femmes auraient préféré avoir un autre moment dédié à l'information dont deux ont précisé qu'elles auraient souhaité qu'il soit pendant la grossesse. Nous observons ainsi que les nouvelles préoccupations de la jeune mère laissent peu de place à la démarche projective que constitue le choix d'une méthode de contraception. C'est pourquoi, il faut s'efforcer de trouver le bon moment afin que la femme soit reposée et suffisamment dégagée des doutes et des éléments techniques concernant son bébé.

Lors de l'examen de sortie, un tiers des femmes ne trouvait pas ce moment adapté et estimait que l'information arrivait trop tard et était trop rapide. Elles auraient alors souhaité la recevoir lors du séjour (5) ou encore pendant la grossesse pour une autre. Ces résultats sont retrouvés dans une étude réalisée à Edimbourg où presque 50% des femmes informées en post-natal avaient quelque chose de négatif à dire. Elles trouvaient l'information trop brève, limitée et écourtée puisqu'elles s'apprêtaient à quitter l'hôpital. De plus, une partie de ces femmes décrivait cette information comme « peu aidante ». Dans une autre étude, les femmes pensent aussi que l'information donnée en suites de couche est souvent brève, limitée et trop tardive durant le séjour [21]. L'examen de sortie n'est donc pas le meilleur moment pour informer la femme, car l'information se retrouve noyée parmi les conseils de sortie et le départ imminent, laissant peu de place à d'éventuelles questions. Il serait donc nécessaire d'en parler avant.

Enfin, lors de la visite post-natale, la contraception est rediscutée afin de la réévaluer et de l'adapter si besoin. Dans notre étude, 94,2% des femmes ont bénéficié d'une consultation post-natale et 60,2% ont eu des informations complémentaires. Ce qui est retrouvé dans l'étude d'Edimbourg où même si la plupart des femmes a reçu des informations lors de la visite post-natale, elles avaient pour la plupart l'impression que leur choix restait limité [26]. Nous avons également remarqué qu'entre ces deux derniers moments, les femmes se retrouvent souvent livrées à elles-mêmes. Ainsi, deux femmes de l'étude ne savaient ou ne se rappelaient plus à partir de quand elles devaient recommencer à prendre leur contraception orale. Elles avaient alors attendu la consultation post-natale avant de la reprendre. Or, la majorité des couples ont repris les rapports sexuels dans les cinq semaines suivant l'accouchement [12]. Nous pouvons supposer alors que dans les semaines suivant l'accouchement, les femmes sont très occupées par leur nouvelle situation de jeune maman et ne trouvent pas forcément le temps de consulter un professionnel de santé. Néanmoins, des questionnements concernant la méthode qui leur a été prescrite peuvent survenir et elles ne savent pas forcément où trouver leur réponse. Or la prescription de sortie n'est pas figée, elle peut être amenée à être réévaluée au besoin et parfois même avant la consultation post-natale. Ainsi, il pourrait s'avérer utile d'avoir un quatrième temps pour reparler de la contraception si elles en expriment le besoin et permettre de revenir sur d'éventuelles incompréhensions ou oublis et ce, d'autant plus avec la diminution du temps d'hospitalisation et l'augmentation du nombre de retours précoces au domicile.

3.2.4 Le moment le plus adapté

Comme nous l'avons vu, l'information peut être abordée à différents moments, chacun satisfaisant une partie des femmes, il n'existe donc pas qu'un seul temps dédié à cette information. Ce n'est pas parce que la femme a déjà eu des renseignements que ceux-ci ne peuvent pas être complétés par la suite. Ainsi, dans notre étude 22 femmes ont été informées à différents moments et parmi elles 68% l'ont été à la fois pendant la grossesse et le séjour en suite de couches. Ces dernières ont trouvé cette répartition des informations adaptée à 90,9%. Seule une femme a trouvé l'examen de sortie peu adapté mais estimait adapté de recevoir des informations lors des cours de préparation à l'accouchement. Aucune n'aurait souhaité en être

informée à un autre moment, elles estimaient que la répétition des informations était la bienvenue à tous ces moments clefs pour bien comprendre, bien réfléchir à ce qu'elles voulaient et se renseigner. Elles trouvaient de même préférable de commencer à en parler avant l'accouchement. Une dernière femme estimait quant à elle qu'il n'existe pas de moment adéquat à proprement parlé mais qu'il était adapté d'être informée avant et après l'accouchement. De plus, dans notre étude, quel que soit le moment où elles ont été informées, les femmes l'ont trouvé adapté à 78%.

Il n'existe donc pas un moment spécifique mais plusieurs nécessaires pour délivrer cette information. En effet, même si la littérature s'accorde sur le fait que l'information doit être donnée avant l'accouchement, la grossesse ne doit pas constituer le seul moment d'information. Une étude comparant les pratiques contraceptives des femmes ayant eu une information anté-natale par rapport à celles n'en ayant pas eu, a trouvé les mêmes résultats dans les deux groupes [29]. Dans notre étude, les femmes ont répondu avec le même nombre de fautes à la question sur les connaissances des méthodes utilisables quel que soit le moment de l'information soit 4,4 fautes pour celles renseignées en anté-natal, 4,7 fautes pour celles informées en post-natal et 4,8 fautes lorsque les explications ont été données à différents moments. De même, une femme du dernier groupe ne savait pas du tout quelle contraception elle pouvait utiliser après l'accouchement. De plus, les femmes connaissant le délai à partir duquel il existe un risque de grossesse après l'accouchement n'ont pas été informées à un moment plus qu'un autre. Ces résultats reflètent un certain manque d'information et/ou une perte des informations données par difficulté de mémorisation. La complexité réside donc plus dans le fait de trouver le moment où la femme est disponible et apte à recevoir cette information. Ce moment étant variable d'une femme à l'autre, l'introduction de nouveaux outils d'information pourrait alors être appropriée. Ils permettraient à la femme d'y réfléchir quand elle le souhaite et ainsi d'être plus active dans son choix. Enfin, alors que les femmes satisfaites de l'information ont trouvé le moment adapté à plus de 95%, 56,7% des femmes non satisfaites l'ont trouvé inadapté.

Nous comprenons ainsi que la question est autant celle du moment de l'information que celle de ses modalités.

3.3 Les informations données sur la contraception du post-partum

3.3.1 Evaluation du niveau de connaissances des femmes

Dans notre étude, la plupart des femmes savent qu'il existe un risque de grossesse après l'accouchement et que ce dernier peut survenir rapidement mais sans savoir quand le situer puisque plus d'une femme sur deux pense qu'il existe dès le premier jour et seules 22% connaissent exactement à partir de quand une grossesse est possible. Ce qui est généralement le cas dans la population générale ; les femmes connaissent mal le fonctionnement de leur corps et la plupart ont peu ou mal compris la biologie de la fertilité, surtout en post-partum [13]. De plus, dans l'étude 11% des femmes ignorent complétement à partir de quand une nouvelle grossesse est possible et 13% pensent à tort qu'elle n'est possible qu'au retour des règles. Ainsi, moins d'un tiers des femmes connait réellement le risque de grossesse après un accouchement.

Nous avons alors évalué les connaissances des femmes sur les moyens de contraception utilisables en post-partum. Même si la quasi-totalité des femmes a répondu à cette question (seule une femme ne savait pas), aucune des femmes interrogées ne connaissait toutes les méthodes utilisables lors de cette période particulière. En effet, à l'exception du préservatif qui fait quasiment l'unanimité (92,3%), l'utilisation et l'adaptation des autres méthodes pendant le post-partum est mal connue. C'est le cas pour les méthodes locales comme la méthode MAMA ou encore les spermicides utilisables selon seulement 13,5% et 37,5% des interrogées. De même, si la majorité des femmes interrogées sait qu'une pilule micro-progestative est utilisable, seules 36,5% utiliseraient l'implant alors que ce dernier a les mêmes propriétés. En effet, la pilule micro-progestative peut être utilisée à partir de 21 jours quel que soit le mode d'allaitement selon la HAS et l'OMS [30]. Par contre l'implant pourra être posé dès le troisième jour en suite de couche en cas de difficultés d'observance ou de difficultés sociales selon l'OMS mais hors AMM. Ainsi, une femme de l'étude souhaitant la pose d'un implant à la sortie de la maternité s'est vue prescrire une pilule micro-progestative qu'elle n'a pas prise en attendant la pose de celui-ci lors de sa consultation post-natale. Enfin, seules 8,7% pensent que la contraception d'urgence pourrait être utilisée dans le post-partum. Ces résultats sont retrouvés dans la littérature notamment dans une étude sur la connaissance

de l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes dans le post-partum. Dans cette dernière, sur 371 femmes, 3% avaient utilisé une contraception d'urgence, 36% en avaient déjà entendu parler et 7% savaient comment l'utiliser correctement [25]. Nous retrouvons cette méconnaissance de l'utilisation dans notre étude.

De plus, alors la pilule œstro-progestative pourrait être utilisée de manièreerronée par plus de la moitié des femmes, elles sont encore 24% à 26,9% à penser pouvoir utiliser un anneau ou un patch, qui ont pourtant les mêmes contre-indications. Selon la HAS, les oestro-progestatifs sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement si la femme n'allaite pas et ne sont pas recommandés dans les six mois si elle allaite [30]. Ces délais peuvent être raccourcis selon l'OMS à 21 jours en l'absence d'allaitement ou d'autres contre-indications (facteur de risque thrombo-embolique veineux) et à six semaines lorsqu'elle allaite, différentes études ayant prouvé son innocuité pendant l'allaitement [30]. Le dispositif intra-utérin, bien qu'en théorie utilisable dans les 48 heures suivant l'accouchement, l'est le plus souvent en pratique à partir de deux mois, soit à la consultation post-natale. Il a cependant été coché par plus de la moitié des femmes. En effet, il est utilisable à partir de quatre semaines que la femme allaite ou non (OMS) et de six à huit semaines en cas de césarienne selon la HAS. Ainsi, nous observons que les méthodes les plus connues restent les même que celles connues par la population générale à savoir la pilule, les préservatifs et le DIU malgré le fait qu'elles ne soient pas toutes adaptées immédiatement après l'accouchement. Un amalgame est ainsi souvent fait entre la contraception du post-partum immédiat (trois semaines) et celle utilisable après la consultation post-natale (six semaines). Les méthodes innovantes comme l'implant sous-cutané et l'adaptation des méthodes locales à la période du post-partum sont encore méconnues [21]. Dans une étude sur le point de vue des femmes en matière de contraception du post-partum, plus de la moitié connaissait moins de trois moyens de contraception [17]. Nous comprenons donc l'importance d'évaluer le niveau de connaissances de femmes que ce soit sur les méthodes de contraception en général, sur celles qui sont adaptées au post-partum mais aussi sur les risques de grossesse afin de les en informer en conséquence. Enfin, leurs connaissances, similaires à celles des femmes en âge de procréer, laisserait supposer que leurs réponses se basent sur des connaissances plus anciennes, antérieures à la grossesse et ne seraient donc pas adaptées au post-partum. Nous nous sommes

alors demandé s'il n'y avait pas un manque d'information ou de mémorisation sur les différentes méthodes et leur utilisation en post-partum qui expliqueraient ces résultats.

3.3.2 Les méthodes expliquées aux femmes

Nous avons observé que toutes les méthodes de contraception ne sont pas expliquées. Nous retrouvons cela notamment pour la méthode MAMA. Bien que la majorité des femmes allaitait leurs enfants, seules 6,7% ont été informées de ses conditions d'utilisation. Même si sa fiabilité reste modérée en pratique courante, celle-ci peut être améliorée par l'utilisation de méthodes complémentaires comme les préservatifs ou certains spermicides. Or ces deux dernières n'ont été expliquées que dans respectivement 37,5% et 9,6% des cas. Ce manque d'information est également présent dans l'étude sur le point de vue des femmes où aucune de ces deux méthodes n'avait été renseignée dans les dossiers [17]. Il semble cependant nécessaire que l'utilisation de ces méthodes soit enseignée aux femmes notamment en post-partum où elles sont adaptées. Dans une autre étude, seule une fois la méthode MAMA a été recommandée par une sage-femme et choisie par la femme comme méthode contraceptive [21]. Cette méthode dont les bases ont été énoncées en 1990 par l'OMS ne bénéficie d'aucune recommandation de l'HAS bien que son indice de pearl soit de 0,5 à 2. Nous comprenons alors pourquoi peu de femmes en ont reçu une explication.

De la même façon, la contraception d'urgence, bien qu'utilisée à titre exceptionnel ne se retrouve expliquée que dans 6,7% des situations. Très peu de femmes ont donc eu une explication sur comment utiliser une contraception d'urgence, son indication et à quel moment la prendre. Ce qui explique pourquoi la plupart des femmes ignore qu'il est possible de l'utiliser en post-partum. Or, 5,5% des IVG ont lieu dans le post-partum. De plus, dans une étude réalisée aux Etats-Unis, il a été démontré que pour utiliser efficacement cette méthode, les femmes devaient connaître les délais pour que la prise soit efficace et savoir où l'obtenir or seules 5,7% montraient une connaissance de ces deux éléments [25]. Il est donc nécessaire d'instruire les femmes notamment en péri-natal voir même de la prescrire en systématique. Cela va permettre de rassurer les patientes, de les informer sur leur fonctionnement et d'augmenter leur utilisation. En effet, il n'est pas toujours facile pour une femme de se la

procurer en urgence et ce d'autant plus en post-partum. Pour cela, une formation des professionnels est également nécessaire afin qu'ils puissent conseiller les femmes.

Enfin, nous avons remarqué que la majeure partie des explications concerne la pilule micro-progestative. Ensuite le DIU est la deuxième méthode la plus expliquée bien qu'elle ne soit pas adaptée dans l'immédiat dont une majorité pour les multipares, puis la pilule œstro-progestative avec un peu près les mêmes proportions que les préservatifs et enfin l'implant expliqué à une femme sur quatre. Les autres méthodes sont moins souvent expliquées voire très peu. L'information donnée sur la contraception du post-partum est donc généralisée, non systématiquement adaptée à la période du post-partum immédiat, stéréotypée et non adaptée à chaque femme. Certaines femmes ont ainsi trouvé que seules les méthodes les plus courantes leur avaient été exposées et que leurs seules possibilités se résumaient à prendre la pilule ou encore à attendre la consultation post-natale pour la pose d'un dispositif intra-utérin. C'est également le cas dans l'étude d'Edimbourg où l'information est jugée par la plupart des femmes routinière et limitée à certaines méthode [26].Une proportion non négligeable de femmes (12,5%) n'a quant à elle reçu aucun renseignement. En effet, dans certain cas, les femmes se sont vues prescrire une contraception orale sans explications supplémentaires. Pour autant, ces femmes n'ont pas commis beaucoup plus de fautes que la moyenne (5,2 fautes) en ce qui concerne leurs connaissances en matière de contraception adaptée après l'accouchement. Il existe donc un manque d'information des femmes notamment en péri-natal alors que le moment est justement propice pour en discuter.

3.3.3 Observance de la contraception du post-partum

Les femmes ont eu une prescription de contraception à la sortie de la maternité dans les trois quarts des cas. Il s'agissait d'une contraception orale dans presque 100% des cas et notamment d'une pilule micro-progestative pour près de la moitié des femmes. Ces résultats sont équivalents à ceux obtenus dans l'étude sur la contraception du post-partum réalisée sur 600 femmes. En effet, dans cette dernière 73,5% des femmes ont bénéficié d'une prescription de contraception hormonale à la sortie de la maternité et la méthode la plus prescrite est la pilule micro-progestative avec 63,5% [21]. Une seule prescription de DIU a été faite en vue de la consultation post-natale et aucune pose ou prescription d'implant n'a été effectuée. Or

cette prescription en vue de la visite post-natale serait utile et permettrait la pose directement lors de la consultation. Par ailleurs, la femme bénéficiant d'une prescription de DIU n'a eu aucune autre ordonnance de contraceptif entre-temps et une femme souhaitant la pose d'un implant n'en a ni eu la pose ni la prescription. Dans l'étude sur le point de vue des femmes, la pose d'un DIU ou la prescription d'un implant n'ont été satisfaites que dans un quart à un tiers des cas [17].

La prescription n'a pas été suivie par 30,8% des femmes. Parmi elles, 75% ne l'ont pas du tout commencé car elles ne le souhaitaient (elles ont cependant eu une prescription), car elles avaient oublié de la prendre ou ne savaient plus quand la commencer. Or les oublis correspondent à un risque accru de grossesses non désirées et d'IVG. Dans une étude, deux femmes sous œstro-pogestatifs avaient eu recours à l'IVG en raison d'une grossesse non désirée dans le post-partum [17]. De plus, une autre partie des femmes de notre étude a arrêté la contraception en cours d'utilisation en raison de ses effets secondaires. Ce qui est souvent le cas avec les pilules micro-progestatives et notamment Microval® qui est jugée peu pratique. Dans une autre étude, elles étaient alors 30% à ne pas avoir repris ou à avoir abandonné la contraception prescrite [21].

Dans notre étude, 25% des femmes n'ont eu aucune ordonnance à la sortie de la maternité. C'était leur choix pour quasiment pour toutes les femmes sauf une qui ne se l'est pas vu proposer. Pourtant, seule la moitié a eu un rappel sur l'utilisation des autres méthodes (préservatifs, spermicides, contraception d'urgence et la méthode MAMA). Ainsi, nous retrouvons dans notre étude, une femme ayant eu recours à l'IVG en raison d'une grossesse inopinée ; cette femme n'ayant eu ni de prescription de contraception à la sortie ni d'informations sur les méthodes locales alors qu'elle désirait la pose d'un dispositif intra-utérin en consultation post-natale.

Ensuite, lors de cette dernière, moins d'un tiers des femmes a gardé la même méthode qu'à la sortie de la maternité. En effet, la plus grande partie a opté pour une nouvelle contraception soit le dispositif intra-utérin à 22% et l'implant à 5%. De même, 24% des femmes revues à la consultation post-natale ont préféré reprendre leurs méthodes contraceptives d'avant la grossesse. Ce qui s'explique par le fait qu'il s'agit pour la plupart d'une pilule œstro-progestative qu'il n'était donc pas possible de reprendre avant. Enfin, sept

femmes restent sans méthode contraceptive après la visite. Il s'agit pour la plupart d'un choix personnel mais pour une d'un choix par défaut, faute d'avoir trouvé une méthode adaptée. Elle ne voulait pas reprendre de contraception orale et ne s'étant vu proposé que le DIU qui ne lui convient pas comme alternative, elle a alors préféré ne rien utiliser en attendant de trouver une méthode adaptée. De plus, nous avons également remarqué que les méthodes de contraception locales comme les préservatifs sont peu citées par les femmes et sont souvent utilisés par défaut. En effet, elles sont trois à les utiliser en attendant la pose d'un DIU qui n'a pas pu être effectué lors de la visite post-natale. Nous pouvons alors supposer que les femmes n'ayant pas eu suffisamment le temps de discuter et de choisir une nouvelle contraception avant la consultation post-natale, la pose et la prescription d'un DIU est alors retardée. Nous nous sommes alors demandé quels sont les moyens mis en place pour informer la femme et lui permettre de choisir la contraception la plus adaptée.

3.4 Les moyens utilisés pour délivrer l'information du post-partum

3.4.1 Les professionnels délivrant l'information

Quatre-vingt-six pour cent de l'information a été délivrée par une sage-femme que ce soit la sage-femme de la maternité pour la totalité des femmes informées en suites de couche ou par une sage-femme libérale pour la quasi-totalité de celles renseignées pendant la grossesse. En complément de cette information, 14,4% ont également été renseignées par leur gynécologue et huit femmes ont reçu uniquement des explications par ce dernier. En totalité, 18,3% ont donc été informées par leur gynécologue. Ces résultats sont équivalents à ceux retrouvés dans l'étude d'Edimbourg qui prouvait que la plupart des femmes était informée par une sage-femme en maternité et seules 6% à 8% d'entre elles se rappelaient en avoir parlé avec un médecin [26]. La sage-femme est donc placée au cœur de cette information de par ses compétences en matière de contraception mais également par le fait qu'elle est presque l'un de seuls acteurs à être présents auprès de la femme à chaque étape de la grossesse et ce, quel que soit la maternité où accouchent les femmes. Nous comprenons ainsi son rôle prépondérant pour permettre à la femme de faire un choix le plus éclairé et le plus adapté possible.

Cependant, d'autres acteurs peuvent intervenir comme le gynécologue ou encore le médecin traitant. Or, ce dernier est un grand absent de l'information alors que son rôle est aussi important surtout depuis les retours précoces à la maison et son accès est favorisé grâce au suivi du nourrisson. L'étude sur le point de vue des femmes fait également ressortir le fait que les médecins traitants n'interviennent qu'auprès d'un petit nombre de femmes. En effet, les femmes dont les nourrissons sont suivis par un pédiatre et qui ne consultent que rarement pour elles-mêmes restent difficiles à atteindre [17].

3.4.2 Pratique en matière de contraception du post-partum

Ainsi, en pratique habituelle, une pilule micro-progestative est prescrite dès trois semaines quel que soit le mode d'allaitement puis le relais avec une pilule œstro-progestative ou une autre méthode est réalisé à partir de six semaines soit lors de la consultation post-natale si l'allaitement est artificiel. En cas d'allaitement maternel, il faudra attendre le sevrage pour passer aux œstro-progestatifs. Plus rarement, une contraception œstro-progestative est prescrite dès trois semaines en l'absence d'allaitement et à partir de six semaines sinon. Les recommandations étant divergentes, il en découle une diversité des pratiques, tous les professionnels n'ayant pas les mêmes habitudes de prescription. Dans notre étude, nous retrouvons ainsi deux femmes ayant changé de méthode suite à une discordance d'opinion. Elles avaient bénéficié d'une prescription de pilule œstro-progestative qui leur a été par la suite déconseillée par rapport à l'allaitement maternel. Nous comprenons ainsi pourquoi il existe une certaine confusion dans les connaissances des femmes au sujet de la contraception du post-partum. Ce qui est d'autant plus renforcé par la diversité des interlocuteurs et de leurs discours que la femme va rencontrer pendant cette période. Une femme de l'étude ne suivait aucune contraception par appréhension et méconnaissance des effets de la pilule ; préoccupée par la récente affaire des pilules œstro-progestatives, elle ne savait pas si les mêmes effets indésirables étaient attribués à la pilule micro-progestative qu'il lui avait été prescrite. Par conséquent, elle avait préféré ne reprendre aucune contraception. De même, une autre femme a préféré utiliser des méthodes locales plutôt que la pilule œstro-progestative qui lui avait été prescrite. Les femmes n'étant pas suffisamment informées risquent donc, par défaut, de se retourner vers des méthodes qu'elles connaissent déjà voire de s'abstenir de toute méthode.

Au contraire, cinq femmes de l'étude s'estimaient suffisamment informées et avaient déjà choisi une contraception avant même de recevoir l'information lors du séjour en maternité : elles s'étaient déjà renseignées par elle-même auprès de leur entourage, des médias ou encore lors de précédentes grossesses. Cependant, la fiabilité variable des sources et l'évolution des techniques peuvent conduire la femme à faire un choix inapproprié. Nous constatons alors que les femmes ne trouvant pas leur réponse auprès des professionnels de santé se tournent vers d'autres moyens d'information. Il est donc nécessaire de favoriser l'uniformisation des pratiques ainsi qu'un suivi plus personnel de la femme par le moins de professionnels possibles. La sage-femme libérale jouant ainsi un rôle clef en étant présente pendant la grossesse pour informer la femme de ses possibilités en matière de contraception puis après l'accouchement pour réadapter celle qui aura été choisie et prescrite lors du séjour en maternité.

3.4.3 Le mode de transmission de l'information

Dans la majorité des cas, l'information a été donnée strictement oralement et seules 12% des femmes ont reçu en complément des explications écrites, ces dernières n'ayant été utilisées comme support pédagogique lors de l'entretien que dans 75% des cas. Trois femmes se sont vues distribuer un dépliant qui ne leur a pas été expliqué (dans l'étude d'Edimbourg seules deux femmes sur les 174 ont bénéficié d'information écrite alors que la plupart aurait souhaité en avoir une [26]). Par contre, cinq mères informées uniquement à l'oral ont quand même bénéficié d'un support pédagogique à type de dessins, d'images ou encore de maquette de DIU. En tout, 14,7% des informations ont été illustrées par un support pédagogique. Plus de la moitié des femmes a trouvé cette information écrite utile et 31% auraient aimé en avoir une. Parmi celles qui l'auraient trouvé utile, la plupart estimait qu'un support écrit aurait permis de relire plus calmement les explications chez soi à tête reposée, d'en discuter éventuellement avec son conjoint et de s'y référer en cas de doute ou de question. Les informations y apparaissent plus clairement, elles sont plus détaillées et mieux retenues. En effet, lorsqu'une information écrite et/ou un support pédagogique ont été donnés, aucune des femmes n'a retenu moins de la moitié des informations. Au contraire, 8% des femmes ayant bénéficié uniquement d'informations orales en ont retenu moins de la moitié ce qui

justifieraient l'utilisation d'un support écrit en plus des informations orales. De plus, les méthodes de contraception et les particularités du post-partum étant variées, un rappel écrit peut s'avérer avantageux. En effet dans une revue sur l'état des connaissances sur la contraception du post-partum, il est également spécifié que pour permettre à la patiente de réaliser un choix éclairé, la remise d'une plaquette informative pourrait aider [12]. Elle permettrait à la femme de mieux intégrer et mémoriser les informations puisqu'elles sont 61,5% en avoir retenu la totalité lors de l'utilisation d'un dépliant contre 36,4% lors d'explications uniquement orales. De plus, seules 40% des femmes ayant bénéficiaient d'un support pédagogique ont retenu la totalité des informations. Ainsi, même si un support écrit aide la femme à faire son choix sur le moment, la remise d'un dépliant que la femme peut consulter quand elle le souhaite reste à privilégier.

3.4.4 Intérêt et utilité de l'information sur la contraception du post-partum

Nous avons donc vu que l'information faite aux femmes n'est pas optimale. En effet, le moment choisi pour délivrer l'information n'est pas toujours celui où les femmes sont le plus disponible et l'adhésion de la femme au moyen choisi en est donc difficile. L'information est généralisée, non adaptée à chaque femme et à la période du post-partum immédiat. Enfin, peu de temps y est consacré alors que beaucoup d'informations sont données ce qui implique des difficultés de mémorisation. Pourtant cette information est nécessaire pour obtenir une meilleure observance et diminuer les risques de grossesse non désirées en post-partum. Cet intérêt est retrouvé chez les femmes puisque 91,3% des interrogées ont trouvé cette information utile et parmi elles 47,4% l'ont qualifiée de très utile.

Conclusion

Aux yeux des femmes, les stratégies utilisées pour les informer sur la contraception du post-partum ne sont pas optimales et pourraient être plus adaptées. En effet, même si la majorité des interrogées a été satisfaite de l'information reçue, 20% ont quelque chose de négatif à dire et presque un tiers n'a pas été satisfaites. Plus de la moitié d'entre elles (56,7%) a trouvé inadapté le moment où cette information leur a été faite, nous avons observé que l'information était le plus souvent délivrée lors du séjour en maternité. Or, ce moment, bien que nécessaire pour permettre la prescription d'une contraception avant la sortie, n'est pas le plus adapté pour laisser le temps à la femme de choisir son nouveau mode de contraception. Les nouvelles préoccupations de mère et l'organisation du travail en suites de couches laissent peu de place à la démarche projective que constitue le choix d'une méthode de contraception. Une première information en anté-natal est donc nécessaire et devrait être systématique pour permettre à la femme d'adhérer au moyen choisi. Il n'existe donc pas un moment spécifique mais plusieurs pour délivrer cette information. De même, l'intégration de la femme dans la démarche est fondamentale et peut-être favorisée par l'utilisation d'un support écrit. Il est ainsi plus facile pour elle de mémoriser les différentes méthodes possibles et de faire son choix. Enfin, bien que les femmes aient été informées, nous avons remarqué que peu de méthodes étaient connues. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'information est généralisée, non adaptée à chaque femme et pas toujours adéquate pour la période du post-partum immédiat (trois semaines). Or, un risque de grossesse est possible dès 25 jours. Une formation des professionnels notamment sur l'utilisation des méthodes locales et sur la contraception d'urgence est alors requise afin de pouvoir mieux en informer les femmes. De plus, la discordance des recommandations et de ce fait des pratiques, complique la prescription d'une contraception dans le post-partum. Une uniformisation des pratiques est nécessaire afin de favoriser la prise en charge et faciliter l'accès des femmes à une méthode contraceptive efficace, dans les délais permettant de prémunir contre la survenue d'une grossesse inopinée.

Bibliographie

[1]. Léon M. Un enfant si je veux, quand je veux... Gestalt. 2013 Apr 1;n° 43(1):104–18.

[2]. Têtue R. 8 mars [Internet]. 2003. Available from: http://8mars.info/loi-neuwirth-aurorisant-la-contraception

[3]. Avon B. Contraception 40 ans de pratique questions pour aujourd'hui. Laennec. 2007;55(2):31.

[4]. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D, et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. Population. 2004;59(3):479.

[5]. Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population &socités [Internet]. 2012;(492). Available from: www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/

[6]. INPES. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 30]. Available from: http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf

[7]. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Rapport IGAS [Internet]. 2009 [cited 2013 Dec 15]; Availablefrom: http://www.ancic.asso.fr/documents/rapportIGAScontraception.pdf

[8]. INPES. Favoriser le dialogue sur la contraception [Internet]. 2008 [cited 2013 Nov 30]. Available from: http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080429.pdf

[9]. INPES. CONTRACEPTION : QUE SAVENT LES FRANÇAIS ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux [Internet]. 2007 [cited 2013 Nov 30]. Available from: http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf

[10]. Olsson A, Robertson E, Falk K, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. Midwifery. 2011 Apr;27(2):195–202.

[11]. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH.Postpartum female sexual function.European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology. 2009 Aug;145(2):133–7..

[12]. Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. La contraception du post-partum : état des connaissances. GynécologieObstétrique&Fertilité. 2008 Jun;36(6):603–15.

[13]. Evans A. Postpartum contraception. Women's Health Medicine. 2005;2(5):23–6

[14]. Speroff L, Mishell DR. The postpartum visit: it's time for a change in order to optimally initiate contraception. Contraception. 2008 Aug;78(2):90–8.

[15]. Boivin FL. La contraception en post-partum. Québec Pharmacie. 2007;54(1):9.

[16]. F. mULET, Ph. Descamps. Contraception du post-partum Contraception du post-abortum. CNGOF. 2006 Nov 29;2006:40–8.

[17].s. Fanello, V. Parat-Pateu, C. Dagorne, H. Hitoto, J. Collet, T. Routiot, C. Baron, A. Fournié. La contraception du post-partum : les recommendations médicales, le point de vue des femmes. Journal de Gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2006 Dec 12;(36):369–74.

[18].Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle MEHD, Silva de Sá MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. Contraception. 2009 Dec;80(6):519–26.

[19].Jackson E. Controversies in postpartum contraception: When is it safe to start oral contraceptives after childbirth? Thrombosis research. 2011;127:S35–S39.

[20].Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF.Hormonal contraception during lactation. Contraception. 2003 Oct;68(4):233–8.

[21]. Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, Philippe H-J, Ploteau S. La contraception du post-partum: à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2013;41(9):499–504.

[22]. Cwiak C, Gellasch T, Zieman M. Peripartum contraceptive attitudes and practices. Contraception. 2004 Nov;70(5):383–6.

[23]. ANAES and AFSSAPS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004.

[24]. INSEE.Natalité- Fécondité. Population. 2014;32–3.

[25]. Jackson R, Bimla Schwarz E, Freedman L, Darney P. Knowledge and willingness to use emergency contraception among low-income post-partum women. Contraception. 2000;61(6):351–7.

[26]. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? Contraception. 1996;53(4):217–20.

[27]. Kennedy KI. Post-partum contraception. 1996 Apr;10(1).

[28]. Glazer AB, Wolf A, Gorby N. Postpartum contraception: needs vs. reality. Contraception. 2011 Mar;83(3):238–41.

[29]. Smith KB, Van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value?☆. Contraception. 2002;65(3):237–43.

[30]. HAS. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 19]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-postpartum.pdf

Annexes

Annexe I : Questionnaire

Madame,

Je me nomme Justine Danneels et je suis actuellement étudiante Sage-femme. Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire pour valider ma dernière année de formation.

Ce dernier a pour sujet la contraception du post-partum : période qui s'étend de l'accouchement au retour de couches (réapparition des règles).

Pour mener à bien mon projet de mémoire de fin d'étude, j'ai élaboré un questionnaire anonyme et qui ne vous prendra que quelques minutes.

Pour chacune des questions, répondez en cochant les cases qui correspondent et en complétant éventuellement vos réponses.

Toutes ces données sont anonymes et resteront strictement confidentielles.

Je vous remercie par avance de votre collaboration et du temps que vous voudrez bien me consacrer.

Je vous pris de rendre ce questionnaire — recto-verso— à la sage-femme qui vous l'aura distribué.

Je vous remercie d'avance.

Danneels Justine

Etudiante sage-femme

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Questionnaire relatif à l'information sur la contraception du post-partum

1) *Quel est votre âge ?*
   - ☐a) Moins de 20 ans
   - ☐b) De 20 à 24 ans
   - ☐c) De 25 à 29 ans
   - ☐d) De 30 à 35 ans
   - ☐e) Plus de 35 ans

2) *Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous ?*
   - ☐a) Employé
   - ☐b) Profession intermédiaire (professeur, administration, santé, social)
   - ☐c) Cadre supérieur et profession libérale
   - ☐d) Sans emploi

3) *Quelle est votre nationalité ?*
   ……

4) *Votre situation familiale ?*
   - ☐a) Célibataire
   - ☐b) Concubinage
   - ☐c) Pacsée
   - ☐d) Mariée
   - ☐e) Divorcée
   - ☐f) Veuve

5) *En comprenant votre dernier bébé, combien avez-vous d'enfants ?*
   ……

6) *Pour le dernier bébé, indiquez dans chaque colonne correspondante le lieu d'accouchement, le type d'allaitement (allaitement artificiel ou maternel) et la durée du séjour en maternité :*

Lieu d'accouchement	Type d'allaitement	Durée du séjour

7) *En dehors des grossesses, avez-vous un suivi gynécologique régulier ?*
   - ☐a) Oui, tous les ans.
   - ☐b) Oui, tous les deux à trois ans
   - ☐c) Non, je n'ai consulté que quelque fois
   - ☐d) Non, jamais.

8) *Pour vous, il y a un risque de grossesse après un accouchement :*
   - ☐a) Dès le premier jour
   - ☐b) A partir de 25 jours
   - ☐c) Au retour des règles
   - ☐d) Ne sais pas

9) *Quelles méthodes contraceptives peut-on utiliser après un accouchement ? (une ou plusieurs réponses sont possibles)*
   - ☐a) Une pilule oestro-progestative
   - ☐b) Une pilule micro-progestative
   - ☐c) Un implant
   - ☐d) Un stérilet
   - ☐e) Un anneau
   - ☐f) Le patch
   - ☐g) Un diaphragme ou une cape cervicale
   - ☐h) Des préservatifs
   - ☐i) Des spermicides
   - ☐j) La méthode MAMA de l'allaitement maternel
   - ☐k) La pilule du lendemain
   - ☐l) La stérilisation définitive (ligature des trompes pour les femmes ou vasectomie pour les hommes)
   - ☐m) Ne sais pas

10)A quel moment vous a-t-on informée sur la contraception du post-partum ?

☐a) Pendant la grossesse

☐b) Lors du séjour en maternité

☐c) Lors de l'examen de sortie de la maternité

☐d) A un autre moment, précisez lequel : ……

……

☐e) Jamais

11)Combien de temps a-t-on consacré à cette information ?

☐a) Moins de 5 minutes

☐b) Entre 5 et 10 minutes

☐c) Plus de 10 minutes

12)Diriez-vous que ce moment était adapté ?

☐a) Très adapté

☐b) Adapté

☐c) Peu adapté

☐d) Pas du tout adapté

13)Expliquez votre réponse ?

……

……

……

14)Auriez-vous préféré avoir cette information à un autre moment et pourquoi ?

☐a) Si oui, pourquoi :……

……

☐b) Si non, pourquoi :……...

……

15)Par qui cette information a-t-elle été donnée ?

☐a) Une sage-femme de la maternité
☐b) Une sage-femme libérale
☐c) Votre gynécologue
☐d) Votre médecin traitant
☐e) Autre : ……..

16)Par quel moyen vous a-t-on informée ?

☐a) Information orale
☐b) Information écrite (dépliant)

17)A-t-on eu recours à un support pédagogique ?

☐a) Si oui :
- lequel ?.....
- vous a-t-il était utile ? ……..
……
……

☐b) Si non, auriez-vous aimé en avoir un et pourquoi ?.....
……
……

18)Parmi les méthodes contraceptives suivantes, cochez celles qui vous ont été expliquées : (une ou plusieurs réponses sont possibles)

☐a) Une pilule oestro-progestative
☐b) Une pilule micro-progestative
☐c) Un implant
☐d) Un stérilet
☐e) Un anneau
☐f) Le patch
☐g) Un diaphragme ou une cape cervicale
☐h) Des préservatifs
☐i) Des spermicides
☐j) La méthode MAMA de l'allaitement maternel

☐k) La pilule du lendemain

☐l) La stérilisation définitive (ligature des trompes pour les femmes ou vasectomie pour les hommes)

☐m) aucune

19)Avez-vous été satisfaite de cette information ?

☐a) Très satisfaite

☐b) Satisfaite

☐c) Peu satisfaite

☐d) Non satisfaite

20)Expliquez votre réponse ?

……

……

……

21)Diriez-vous de cette information qu'elle est :

☐a) Très utile

☐b) Plutôt utile

☐c) Utile

☐d) Peu utile

☐e) Inutile

22)Estimez-vous avoir retenu :

☐a) La totalité des informations

☐b) La moitié des informations

☐c) Moins de la moitié des informations

23)A la sortie de la maternité, vous a-t-on prescrit une contraception ?

☐a) Si oui, laquelle :……..

……

☐b) Si non, pourquoi:……

……

24)L'avez-vous suivie ?

☐a) Oui

☐b) Non, pourquoi :……..……
……

25)Avez-vous eu une consultation post-natale ?

☐a) oui

☐b) non

26)Lors de votre consultation post-natale, avez-vous eu des informations complémentaires relatives à la contraception ?

☐a) Oui

☐b) Non

27)Après cette consultation, quelle méthode contraceptive avez-vous choisie ?

☐a) Identique à celle de la maternité

☐b) Celle que vous aviez avant la grossesse

☐c)une nouvelle contraception, laquelle :……..
……

☐d) Reprise d'une contraception, laquelle :……..
……

28)Pourquoi ce choix ?

……

……

……

Je vous remercie pour le temps que vous aurez consacré à mon questionnaire, elle m'est d'une très grande aide pour mener à bien mon projet de mémoire.

Veuillez agréer, madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Danneels Justine.